الدكتور عزالدين جميل عطيه

الأوهام المرضية أو الضلالات في

الأمراض النفسية والعنف

عالم الكتب

الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف

الدكتور عز الدين جميل عطية



٣٨ شارع عبد الخالق ثروت — القاهرة ت: ٣٩٢٦٤٠١



نشر

❖ الإدارة
16 شار
تليفون : 3924626
فاكس : 002023939027

❖ المكتبة :
38 شارع عبد الخالق ثروت ـ القاهرة
تليفون : 3926401 - 3959534
ص . ب 66 محمد فريد
الرمز البريدى : 11518

❖ **الطبعة الأولى**
شعبان 1424 هـ -- أكتوبر 2003 م

❖ رقم الإيداع 14191 / 2003

❖ الترقيم الدولى I.S.B.N

977 - 232 – 365 -6

❖ الموقع عل الإنترنت : WWW.alamalkotob.com

❖ البريد الإلكترونى : info@alamalkotob.com

بسم الله الرحمن الرحيم

تصدير:

أن الحمد لله نحمده ونستعينه ونستغفره ونعوذ بالله من شرور أنفسنا وسيئات أعمالنا من يهده الله فلا مضل له ومن يضلل فلا هادى له، وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له وأشهد أن محمداً عبده ورسوله..

الوهم المرضى أو الضلال delusion كعرض مرضى ليس كغيره من الأعراض المرضية من السهل على الفرد اكتشافه فى نفسه أو معرفة أنه يعانى منه، بل الآخرون هم الذين يستطيعون عادة ذلك من إدراكهم لشذوذ أفكار الفرد وتصرفاته وبخاصة فى حالات المرض العقلى أو الذهان، حيث يكون الوهم المرضى غاية فى الغرابة والشذوذ والفرد مقتنع بصوابه أشد الاقتناع، وهو أيضا عرض مخادع غير مأمون الجانب قد يدفع الفرد نحو أعمال عنف يترتب عنها أحيانا عواقب وخيمه.

ويتكون الكتاب الذى بين يديك عزيزى القارئ من أربعة أبواب: يتناول الباب الأول منها طبيعة الأوهام سواء عند مرضى البارانويا أو سائر مرضى الأنواع الأخرى من الذهان وكيف اكتشفها الأقدمون وخصائصها وأبعادها وكيفية قياس هذه الأبعاد وعلاقتها ببعضها.

ويتضمن الباب الثانى بعض أنواع الأوهام المرضية من حيث محتواها بشئ من التفصيل وهى: أوهام التغير والانعدام والغيرة والأوهام الجسمية المرضية وأوهام سوء التعرف وأوهام الاضطهاد والعظمه.

ويتضمن الباب الثالث العوامل النفسية التى يمكن تسبب الأوهام المرضية فى رأى علماء النفس والطب النفسى المعاصرين، وهى عوامل أكثر فاعلية من مجرد الخطأ فى الاستدلال المنطقى. ومن هذه العوامل: الخبرات الحسية الشاذة والتعلم الخاطئ واضطراب الوجدان وما قد ينتج عنها من تحيز فى العزو السببى أو تفسير المريض للسلوك والمواقف، وموضح أيضا فى هذا الباب كيفية ظهور الأوهام المرضية أو شبه المرضية أحيانا عند الأسوياء.

ويركز الباب الثالث على الأوهام المرضية والعنف بأنواعه وما يرتبط بهذا من موضوعات مثل: النظريات المفسرة للعدوان أو العنف، والأوهام الاضطهادية ونظرية الإحباط - العدوان والتعصب العنصرى والأساطير الصهيونية وعنف الدولة وكذا الدراسات التى تمت حول الأوهام المرضية والعنف.

ونأمل من الله العلى القدير أن يكون هذا الكتاب إضافة متواضعة فى المكتبة العربية .

(سبحان ربك رب العزة عما يصفون وسلام على المرسلين ،

والحمد لله رب العالمين)

الباب الأول
طبيعة الأوهام المرضية وأبعادها

الفصل الأول
طبيعة الأوهام المرضية

ما هو الوهم المرضى؟

في العيادة النفسية قالت المريضة:

" كل عائلتي تتعجب وتتألم عندما أصرخ وأقول:

هذا الرجل ليس زوجي. وهم جميعاً يؤكدون أنه زوجي الذى كنت أعيش معه من سنوات. أهل من المعقول أن أعيش مع رجل آخر غير زوجي المسافر؟. أهلي يريدون ذلك،

أحضروني إليك ليثبتوا أني مريضة .. ولكن عقلي سليم تماماً.. وسوف تكشف ذلك بنفسك... أجبروني علي الحضور إلى هنا .. اعتقاداً منهم أنني أهذى..هكذا تعتقد أمي بإيحاء من هذا الرجل الذى يدعي أنه زوجي.. المصيبة أن أمي تصدقه.. ولكني أقسم لك أنه ليس زوجي حقيقة. لقد انتحل دور زوجي وهو يؤدى دوره بإتقان لدرجة أنه أقنع الجميع بذلك .. ولكنه لم يستطع أن يخدعني .. سافر زوجي الحقيقي في عمل .. ثم فوجئت بهذا الرجل يدخل علي بالمنزل قائلاً بأنه زوجي .. يريد أن يمارس كل حقوقه معي ولكن هذا مستحيل .. مستحيل أن أعيش معه في بيت واحد .. سأذهب في أى مكان في انتظار عودة زوجي الحقيقي.

سوف يؤكد لك هو أنه زوجي .. أمي ستحاول إقناعك بذلك .. سيطلبون منك أن تعالجني . ولكني أنا لست مريضة .. أنا واعية ومدركة تماماً لكل شئ من حولي وتصرفاتي كلها سليمة. أطلب منك أن تخلصني من هذا الرجل .. هل يرضيك أن أعاشر رجلاً غير زوجي أنني أكرهه واحتقره .. وحاولت طرده من بيتي لكنه تشبث بالبقاء فيه لأن الكل للأسف يعتبرونه زوجي .. حاولت أن أهرب لكن أمي منعتني".

وقالت أم المريضة للطبيب النفسى أن ابنتها كانت قد تعرضت منذ فترة لمثل هذه الحالة واتهمتها بأنها ليست أمها وأنها سيدة غريبة تريد أن تحتل مكان أمها.

تعبر هذه القصة عما يعرف بالأوهام المريضة أو الضلالات delusions، حيث تعانى الزوجة من الوهم المرضى المعروف بسوء التعرف على شخصيات الآخرين misidentification ، وهو وهم آثار غضبها وكراهيتها لمن حولها كزوجها وأمها. والوهم المرضى كما يبدو من مثالنا هذا هو رأى أو اعتقاد ثابت غير معقول سيطر على الزوجة وتمسكت به بإصرار شديد أمام أسرتها بالرغم من شذوذه وغرابته. والإصرار على الرأى والتمسك به فى وجه الآخرين أو الأغلبية الساحقة من الناس يعبر عن خاصية رئيسية للوهم المرضى أو الضلال، إلا انه لا يكفى وحده لتعريف ذلك الوهم، فأى شخص ما قد يتمسك برأيه ويصر عليه إذا ما كان مقتنعاً به تمام الإقتناع، بل وكثير من العلماء والمصلحين والمكتشفين والأنبياء أنفسهم كانوا يتمسكون بآرائهم وأفكارهم فى وجه الأغلبية المعارضة من الناس ، وقد تعرضوا للمقاومة، ومنهم من تعرض للتعذيب ومع هذا انتصرت آراؤهم فى النهاية[1] ، فلكى نصف رأياً ما – يصر عليه صاحبه – بأنه وهم أو اعتقاد مرضى لابد وأن يكون شاذاً غير معقول، "ولا يمكن إقناع المريض بخطئ اعتقاده وشذوذه مهما قدمت إليه الأدلة والبراهين التى تثبت ذلك ، وكل طريقة علاجية تعتمد على محاولة إقناعه بخطئه تعتبر عقيمة لا طائل من ورائها وخاصة فى الحالات المرضية الحادة، ولا تفيد أساليب الإقناع مع المريض إلا عندما تتحسن حالته بوسائل العلاج الأخرى.

---

(١) تعرض أنبياء الله للتكذيب، كما تعرض بعضهم للقتل من بنى إسرائيل، كذلك كان يتعرض أيضاً كثير من المصلحين والمكتشفين، فقد تعرض مثلاً جاليليو للمحاكمة عام (١٦٣٣)، كما حاصر الغوغاء منزل بريستلى عالم الكيمياء وأشعلوا فيه النيران عام (١٧٩٤).

فالوهم المرضى إذا هو رأى أو اعتقاد خاطئ يستند على استدلالات غير صحيحة عن الواقع الخارجي ، ويتمسك به صاحبه بشدة بالرغم من اختلافه كلية عما يراه الآخرون.

الوهم المرضى عند قدامى الباحثين:

ويعتبر تكوين الأوهام المرضية أو الضلالات delusional ideation من الملامح الرئيسية للإصابة بالذهان (المرض العقلى) psychosis وبخاصة مرض الفصام بأنواعه المختلفة، وبالرغم من أهمية هذه الأوهام كعرض مرضى فى تشخيص الأمراض العقلية إلا أنه لم توجه إليها الدراسات الكافية للكشف عن خصائصها وتتبع مراحل نشوئها وتطورها إلا حديثاً مما سبب ثغرات كبيرة فى فهم الكثير من طبيعة أعراض الذهان (هارو وزملاءه Harrow et al ١٩٨٨) .

وقد أكتشف الأقدمون وجود هذه الأوهام إلا انهم كانوا يلجأون إلى أساليب عدوانية للتغلب عليها كالضرب والتجويع والتقييد كى يعدل المريض عن رأيه أو يعود إلى عقله، أو إجراء جراحات بدائية كانت تثقب فيها جماجم المرضى ثقوباً دائرية باستخدام ما تيسر من أدوات القطع الغليظة بقصد إخراج الأرواح الشريرة التى كانت توجه المريض نحو أفكاره غير المعقولة. وفى القرن السابع عشر فى ألمانيا ادعى مريض بأنه الإله فكان علاجه اقتلاع لسانه ثم قطع رأسه وإحراق بدنه.

وفى عصر النهضة دعى الطبيب جوهان واير Johann weyer (١٥١٥-١٥٨٨) إلى التريث وعدم استخدام العنف مع المرضى قائلاً للأطباء "أنا أدعوكم إلى أن تدققوا فى فحص أفكار المرضى وأقوالهم وأفعالهم التى ترهق أذهانهم إلى حد أن بعضهم كان يتخيل نفسه حيوانات بل ويظل يقلد أصواتها وحركاتها"

ويحكى أن مريضاً فى عصر ابن سينا كان قد تملكه وهم بأنه قد تحول إلى بقرة، وأصبح لذلك مصدراً دائماً لفزع أبيه الأمير وحاشيته بسبب تحركه الدائم وخواره المستمر كالبقرة وإصراره على أن يذبحوه حتى يستفيدوا من لحمه، وكان من نتيجة ذلك أن امتنع المريض عن الطعام ونقص وزنه وهزل هزالاً شديداً. وقد حاول الأطباء إقناعه بخطئ اعتقاده هذا ولكن دون جدوى وعندما استدعى ابن سينا

لعلاجه توجه إلى المريض وفى يده سكينا، وهو يتساءل : أين البقرة التى يريـــدون ذبحها؟، فانبعث من المريض خوار كالبقرة بطريقة ملفتة للنظر ، ثم طرح بعـــض المرافقين لابن سينا المريض أرضاً، وأوثقت قدماه ويداه، وشمر ابن ســـينا عـــن ساعديه، وشهر سكينه استعدادا لذبح المريض، ولكن ابن سينا أشاح بوجهه فجـــأة وألقى بسكينه جانباً وهو يقول: أنها بقرة هزيلة ضامرة لم يجئ أوان ذبحها بعــــد، وأنه يجب تسمينها قبل الشروع فى ذبحها. وبعدها بدأ الشاب في التهام طعامه الذى قدم له بشهية واضحة ، وبذلك استعاد قواه. وكان هدف ابن سينا فى هذه القصة أن يقنع مريضه بالأكل أولاً على أساس أنه لو أكل بشهية فقــد يســاعده هــذا علـــى التحسن.

هذا إلى جانب أن الباحثين فى بداية القرن العشرين أمثال توماس أرنولـــد Thomas Arnold (١٨٠٩) وبلويلر Bleuler (١٩١١) وكريبلين Kraepelin (١٩١٥) قد استطاعوا التعرف على بعضا من الأوهام المرضية ، فنجد مثـــلاً أن توماس أرنولد يضع تصنيفاً للجنون قاصداً به هذه الأوهام يقسمه فيه إلى الأنـــواع التالية:

١- **جنون الهوية: national insanity**

ويدخل فى هذه الفئة المرضى الذين ينكرون وجود أنفسهم، فهم يعتقـــدون مثلا أنهم قد ماتوا منذ زمن، وقد يتخيلون أنفسهم الآن وكأنهم أشـــباح أو مجـــرد صور أو طيور أو نوع معين من الحيوانات قطة مثلا أو دجاجة وغير ذلك.

٢- **جنون الغرور: vain or self - important insanity**

والمصاب به يعتقد بأنه يمتلك قوة خارقة لذلك فهو بمقدوره إنجاز أشياء لا يستطيع إنجازها إلا القليلون، وهو يرى أنه شخص عظيم ، فى حين أن الآخـــرون قد يرونه رث الثياب قذر متخلف عن زملائه فى الدراسة أو العمل أو عاطل.

٣- **الجنون الشاذ غريب الأطوار: whimiscal insanity**

حيث يكون لدى المريض وساوس وتخيلات غير معقولة تولد عنده كراهية ومخاوف ونفور من الآخرين ، و تدفعه إلـــى أن يرتـــاب ويشـــك ويدقـــق فـــى تصرفاتهم.

٤- جنون توهم المرض الجسمي: hypochondriacal insanity

ويعتقد المصاب بهذا المرض أنه يعاني من أمراض جسمية مختلفة كالسل أو مرض القلب بالرغم من أن الفحوص الطبية تؤكد أنه سليماً معافياً.

وقد اكتشف كريبلين أن الأوهام المرضية هي أحد الأعراض الأساسية التي تميز الخبل المبكر أو الفصام وبخاصة النوع البارانويدي، وصنفها إلى الأنواع الخمس التالية:

(١) أفكار عن الاضطهاد : ideas of persecution

حيث يعتقد المريض بأن الآخرين يضرونه أو يهددونه بشكل ما، وقد يبالغ في هذا الاعتقاد دون أن يكون هناك مبرر واقعي لذلك.

(٢) أفكار عن وقوع المريض تحت تأثير الآخرين : ideas of influence

ويرى هنا أن هناك أشخاصاً - يعرفهم هو - يوجهون تصرفاته رغماً عنه بواسطة قوى خفية مسلطة عليه كاللاسلكي أو الكهرباء.

(٣) أفكار العظمة والخيلاء: exalted ideas

وتتمثل في التكبر والغرور الزائد عن الحد.

(٤) أفكار وهمية عن الإشارة: ideas of reference

ويعرف هذا حالياً بأوهام الإشارة المرضية delusion of reference

وفي هذا النوع من الأوهام يعتقد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه، فإذا همس إنسان لجاره، أو حتى أبتسم أو سعل أى شخص ما في وجوده اعتقد أنه يقصده بذلك، ومع اشتداد المرض يتسع مجال هذا الاعتقاد فيشمل ما يقرأ في الصحف والمجلات، أو ما يسمعه المريض من الإذاعة أو يشاهده في التليفزيون حيث قد يعتقد أن البرامج موجهه إليه للتحذير أو التهديد أو غير ذلك.

أما بلوير فقد أقترح ما يعرف "بانتشار الوهم المرضي" قائلاً بأن هذا الوهم يشغل أفكار المريض ويوجهها مسبباً أخطاء منطقية فيها لأنه يفسر الأحداث من حوله تبعاً لهذه الأوهام. فالمريض الذى يعاني من الأوهام الاضطهادية المرضية إذا ما تعرض مثلاً لآلام المعدة بعد تناوله لطعام ربما يعتقد أن شخصاً ما قد وضع له سماً في هذا الطعام، وإذا ما ابتسم له جاره في يوم ما فقد يعتقد أنه يهزأ

به، والزوج المصاب بوهم الغيرة المرضية يشك فى معظم تصرفات زوجته وهكذا.

الأوهام المرضية والواقع:

يعتبر جاسبيرز Jaspers (١٩١٣) أول من ساهم فى الفهم الصحيح للأوهام المرضية وذلك من محاولاته تعريفها وتصنيفها إلى أنواع ، وهو يقول بأن الأوهام المرضية هى أفكار خاطئة يراها المريض صحيحة تماماً بالرغم من شذوذها وبعدها عن الحقيقة مهما قدمت إليه البراهين أو تعرض هو للخبرات التى تثبت هذا الشذوذ أو الخطأ . ويصنف جاسبيرز الأوهام المرضية إلى نوعين أساسيين: أوهاماً اولية وأخرى ثانوية ، وهو يرى أن الأوهام الأولية تنقسم بدورها إلى ثلاثة أنواع فرعية هى:

(١) إدراك وهمى مرضى delusional perception

(٢) فكرة أو تصور وهمى مرضى delusional idea or notion

(٣) وعى وهمى مرضى delusional awareness

والإدراك الوهمى المرضى هو تشويه المريض للواقع المدرك. فالإدراك الحسى كما هو معروف يتضمن عمليات معرفية تتم بعد الإحساس ، وبها يتم تمييز العالم الخارجى وفقاً للتنبيهات الحسية. كما يتضمن الإدراك الاجتماعى تفسيراً للسلوك والمواقف. وفى الإدراك الوهمى المرضى لا يوجد خطأ أو تشوه فى عمليات الإحساس وإنما يحدث الخطأ أو التشوه فى تأويل المريض لمعنى المدركات الحسية وتفسيره أو حكمه على ما ترمز إليه، والذى عادة ما يكون حكماً غريباً فى معناه، مثال هذا استنتاج مريض بان شخصاً ما يريد قتله أو سرقته لمجرد رؤيته لملامحه وهو ينظر إليه، أو اعتقاد مريض آخر يعانى من القلق والخوف بان كارثة سوف تحل به قريباً لمجرد رؤيته لشخص معين.

أما النوع الثانى من الأوهام المرضية عند جاسبيرز وهو الأوهام المرضية الثانوية فعادة ما يكون لها أسبابا أخرى كاضطراب الإدراك مثلاً أو الإحساس بالتغير derealization الذى يحدث فى حالة اضطراب الوعى.

وقد اقترح ونج وزملاؤه Wing et al (١٩٧٤) وفقاً لنتائج دراستهم عدداً

من المؤشرات يصفون بها الأوهام المرضية، وهم يرون أن ازدياد هذه المؤشرات في أي رأى او اعتقاد ما يزيد من درجة اقترابه من الوهم المرضي. هذه المؤشرات هي:

أ. عدم تقبل الآخرين للاعتقاد :

أي رأى ما قد يلقى قبولا من الآخرين أو رفضا ، والرأي أو الاعتقاد الوهمي المرضى لا يقبله الآخرون ولا يصدقونه بالمرة مهما حاول صاحبه إقناعهم ، وقلما يصدر من شخص آخر مثل هذا الرأى.

ب. الإصرار على الاعتقاد:

يتمسك صاحب الاعتقاد به باقتناع تام و لا يستجيب بكلامه أو بتصرفاته إلى أى دليل يكون ضد اعتقاده هذا.

جـ. انشغال المريض باعتقاده:

عادة ما يكون هذا الانشغال أكثر من اللازم مصحوبا بتوتر انفعالي. كما يجد صاحب الوهم المرضى صعوبة في تجنب التفكير فيه أو التحدث عنه.

ء. الجانب الشخصي:

يكون موضوع الوهم المرضى شخصي فى الأغلب أى متعلق بمجال حياة المريض الشخصية مثل: الصحة، العلاقة مع الزوجة أو الأهل أو الزملاء في العمل وغير ذلك ، إلا أن هذا لا يمنع من وجود أوهام مرضية تتعلق بأمور عامة في مجالات أخرى كمجال العلم أو السياسة أو الاجتماع وغير ذلك.

هـ. المعاناة والإجهاد:

عادة ما يكون الاعتقاد مصدر إجهاد ومعاناة لصاحبه ، كما أنه يؤثر سلبيا على مهنة الشخص وحياته الاجتماعية.

و. المقاومة الذاتية للاعتقاد:

لا يبدى المريض أى جهد ذاتي لمقاومة اعتقاده الوهمي بعكس الأفكار الوسواسية التي يقاومها صاحبها عادة.

ويرى ميولين Mullen (١٩٧٩) أن شدة اقتناع الفرد برأيه أو اعتقاده – الذى هو غريب أو غير مألوف في وسطه الاجتماعي – لا يعد دليلا كافيا على أنه

وهم مرضى – إذ لابد إلى جانب غرابة الاعتقاد أن يكون هذا الاعتقاد شاذاً مخالفاً للمنطق والصواب بطريقة تشير بوضوح إلى وجود اختلال في الوظائف العقلية لصاحبه ، وقلما تجد الأوهام المرضية تقبلا من شخص ما آخر يتسم بالسواء من البيئة الثقافية للمريض، ويمكن أن يظهر هذا الشذوذ في مجالين:

(١) عدم تقبل الواقع:

ويتخذ هذا المجال عادة أشكالاً متعددة، منها مثلاً أن يدرك المريض أن كل ما حوله قد تغير نحو الأسوأ أو أنه هو نفسه قد تغير أو أن به مرض ما أو أن شكله أصبح غير مقبول (بالرغم من انه مقبول)، ومن أمثلة هذه الحالات – وهي شائعة عند التعرض للأوهام المرضية الجسمية أو توهم المرض الجسمي hypochondriacal delusion – أن يتصور المريض أن جزءا من جسده مشوه .. فمثلاً قد يقول بأن نصفي وجهة غير متساويين أو أن بعينيه حولاً ، ويكون كل شئ فيه طبيعي من الناحية الشكلية ، ولكنه هو وحده الذي يرى هذا التشوه، وإذا كان هناك شئ غير طبيعي – ولكنه بسيط جداً – فإن المريض يراه كبيراً جداً ، ويظل مصراً على اعتقاده، وحتى إذا ما أجريت له جراحة تجميل بناء على طلبه فإنه قد يظل على وهمه المرضي غير متقبل للواقع ، وربما يطلب تغييراً أخر في شكله ، ومثال هذا أن مريضة شكت لأهلها من تشويه أصاب انفها وأنها أصبحت لا تلائم وجهها، وترددت على جراح التجميل طلباً لإجراء جراحة تجميل، وخضع الأهل لها بعد إصرارها، فذهبوا معها إلى جراح التجميل الذي أجرى لها هذه الجراحة، إلا أن المريضة بعد الجراحة رفضت الوضع الجديد للأنف وطالبت الجراح بإجراء جراحة أخرى كي يعيد إليها أنفها الأصلية.



ومن أعراض عدم تقبل الواقع هو تجاهله كلية، أو عدم الاعتراف بوجوده، كالمريضة التي لا تعترف بوجود زوجها، وهناك من المرضى من ينكر وجود نفسه أو أهله أو وجود الأشياء بصفة عامة أو وجود الله كما يحدث في ضلال الانعدام nihilistic delusion ، وهناك مرضى من هذا النوع يعتقدون أن أمعاءهم غير موجودة فهم لذلك لا يأكلون أو أن أمخاخهم غير موجودة فهم لا يفكرون.

ومن المظاهر الأخرى التي يمكن ان تمثل عدم تقبل المريض لواقعه هو اللجوء إلى أوهام العظمة delusion of grandeur ، ويحدث هذا عندما يشعر بتدني الذات لأنه مثلاً يعاني من الفقر أو عدم احترام الناس له كما يحب أو غير ذلك، وتمثل هذه الأوهام حيلة تعويضية مرضية يهرب عن طريقها المريض من واقعه المؤلم متخيلاً نفسه غنياً او مصلحاً أو ملكاً أو على الأقل شخصاً لا يخطئ، فالخطأ من سمات الآخرين لأنه أكثر منهم كفاءة وذكاءاً. وعادة ما يرتبط بأوهام العظمة أوهام الاضطهاد ، وفي أوهام الاضطهاد لا يعزو الشخص فشله إلى ضعف قدرته أو سوء تصرفه – وهو الواقع عادة – وإنما إلى تآمر الآخرين ضده أو اضطهادهم له لأنه أفضل منهم، ومن أمثلة هذا أن يزعم التاجر الذي أفلس أن تجاراً قد تآمروا عليه لغيرتهم منه، أو يعزو السياسي المتطرف عزوف الناس عن آرائه وكراهيتهم له إلى تصرفات أعداءه أو خصومه الأشرار بدلاً من أن يعزوها إلى عدوانيته وبطشه.

وهكذا يرى المريض أن واقعه ملئ بالشر والكراهية، ويبدو هذا في تفسيره غير المعقول لتصرفات الآخرين واعتبار انهم يعادونه، ومن أمثلة هذا أيضاً اعتقاد شاب صغير يعاني من أوهام الاضطهاد أن جيرانه يحقدون عليه ويريدون له الفشل الدراسي ، لذلك فهم يتعمدون تحريك الأثاث ليحدث صوتاً يزعجه ويمنعه من الاستذكار، أو انهم يؤثرون على تفكيره ويمنعونه من استيعاب دروسه بواسطة قوى كهربائية أو لا سلكية ، لذلك فهم سبب رسوبه المتكرر.

وما عرضناه هو نماذج لعدم تقبل الواقع أو رفضه ، وعكس هذا هو تقبل الواقع أو الرضاء به، ولا يقصد بالرضاء بالواقع هو ترك العمل أو المحاولات

المباشرة للتغلب على الفشل والاستسلام للحيل النفسية الدفاعية أو أساليب الهروب الجزئية من الواقع، لأن هذا قد يدعم الأوهام المرضية ، وإنما المقصود بالرضاء بالواقع هو الاهتمام بالعمل وشكر الله على نعمه والتوكل عليه(٢) ، إلى جانب العمل والسعى فى طلب الرزق ، وهناك آيات متعددة من القرآن الكريم تحض الإنسان على شكر الله (٣)، قال تعالى "لئن شكرتم لأزيدنكم" الآية (٧) من سورة إبراهيم ، كما أن المؤمن مطالب بأن يحمد الله فى كل صلاة وهو يقرأ سورة الفاتحة ، وفى الحمد معنى الشكر ومعنى المدح، والشكر نقيضه الكفران وكراهية الإنسان لواقعه، وتزايد هذه الكراهية فى شكله المرضى يظهر على شكل المبالغة فى تصوير خطورة من هم فى هذا الواقع وشرهم، وذلك كما هو فى أوهام الاضطهاد المرضية ، أو لجوء المريض إلى الميكانيزمات الدفاعية الأخرى التى تنكر هذا الواقع وتشوهه كما هو فى أوهام التغير والانعدام والعظمة المرضية وغيرها.

(٢) توقع الخطر:

قال تعالى: "ومن يسلم وجهه إلى الله وهو محسن فقد استمسك بالعروة الوثقى وإلى الله عاقبة الأمور" الآية ٢٢ من سورة لقمان.

تمدنا دراستنا لتاريخ الأديان ، وبخاصة تاريخ الدين الإسلامى ، بأدلة على نجاح الإيمان بالله فى شفاء النفس من أمراضها ، وتحقيق الشعور بالأمن والطمأنينة، ووقاية الإنسان من القلق وتوهم الخطر. والدافع نحو التدين هو دافع

---

(٢) يقول الأمام حامد محمد الغزالى فى كتابه المنقذ من الضلال:
قد يظن ان معنى التوكل هو ترك العمل والاكتساب بالبدن ، ... وهذا ظن الجهال ، فإن ذلك حرام فى الشرع. ان المعنى الحقيقى للتوكل هو ان يعتقد الإنسان اعتقاداً جازماً ان الأسباب الظاهرة لا تلغى إرادة الله ... وعلى الإنسان ان يعمل كما أمر الشرع، وعليه أن يكل أمر النتيجة إلى الله سبحانه وتعالى.

(٣) يقول الغزالى أيضاً " أن السبب الذى يصرف الإنسان عن شكر الله على نعمه هو الجهل والغفلة، فلا ترى البصير مثلاً يشكر الله على صحة بصره إلا لو قدر الله أن تعمى عينيه، فعند ذلك لو اعيد إليه بصره وأحس به شكر الله عليه واقتنع بنعم الله . وهكذا بالنسبة لسائر نعم الإحساس الأخرى والحركة.

نفسي له أساس فطرى عند الإنسان[٤] يدفعه نحو عبادة الله والاستعانة به دائما وكلما اشتدت مصاعب الحياة وكروبها[٥]. كما يحقق للمؤمن الذى يسلم وجهه وقلبه لله سكينة النفس واطمئنانها، وهو دائم التوجه إلى الله فى عبادته وفى كل ما يقوم به من أعمال ، مدركا أنه لا يمكن أن يصيبه خطر أو أذى إلا بمشيئة الله. (محمد عثمان نجاتى ١٩٨٧).

والمفهوم المضاد للاطمئنان والسكينة هو توقع الأخطار واعتقاد الفرد بأنه سوف يتعرض للأذى أو الضرر البالغ، والأوهام المرضية القائمة على توقع الأخطار – والتى تتوقف أسبابها على طبيعة المرض النفسى المصاحب لها – قد تكون على درجة من الشذوذ بحيث تثير قلقا بالغا لدى الإنسان ، وكثيرا ما يتعرض لها مرضى الفصام والبارانويا ، ومن أمثلة هذه التوقعات الشاذة فى مرضى الفصام: أن فتاة شاهدت فيلما سينمائيا تدور فكرته حول اختلاط الأطفال بعد ولادتهم بالمستشفيات فسيطر عليها اعتقاد بأنها عندما تتزوج وتنجب فإن أطفالها سوف يختلطون مع أطفال آخرين، ورفضت الزواج وظلت تعيش فى قلق وتوتر إلى أن تم علاجها.

وهناك فتاة أخرى أحست بقلق شديد لأنها كانت تخشى أن يضرب الإسرائيليون السد العالى بقنبلة ذرية – كما هددوا بذلك – فيغرق النيل ويفيض وترتفع المياه إلى الدور الثانى حيث تسكن فتغرقها هى الأخرى ، لذلك فلم تتوقف عن الشجار مع أبويها كى تنتقل الأسرة إلى سكن أعلى، وكانت مقتنعة بالفكرة تمام الاقتناع، فكانت تجلس فوق كوم من أكياس البلاستيك وتغلق نوافذ حجرتها بإحكام كى لا يتسرب إليها المياه عندما تفيض إذا ما تحطم السد العالى.

---

(٤) " فأقم وجهك للدين حنيفا فطرت الله التى قد فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون" صدق الله العظيم الآية ٣٠ من سورة الروم.

(٥) " قل من ينجيكم من ظلمات البر والبحر تدعونه تضرعا وخفية لئن أنجانا من هذه لنكونن من الشاكرين" صدق الله العظيم الآية ٦٣ من سورة الأنعام.

وهناك أيضاً حالات كالبارانويا كثيراً ما يعاني فيها المريض من احتمال تعرضه لأحداث أو تصرفات مؤذية من الآخرين تسبب له ضرراً بالغاً، ويتسم المريض بشدة الحساسية للأحداث من حوله، ويكون كثير التشكك في نوايا الغير متوقعاً للخيانة والغدر من معظم الناس حتى من أقربهم إليه، ومثال هذا أن شاباً متزوجاً تملكه اعتقاد بأن زوجته تعاني من مرض غريب وخطير، هو عبارة عن جرثومة تسبب السرطان والسل. وكان يعتقد أن زوجته تعمدت أن تعديه بهذا المرض لأنها تريد موته، وانتابه الفزع لهذا، وكان هذا الشخص يبرر اعتقاده بأن زوجته تريد موته لعدة أمور، أولاً : أنه قام بعد زواجه منها مباشرة بالتأمين على حياته، وكان يعتقد أن زوجته تريد موته للحصول على قيمة هذا التامين، وثانياً: الموت المفاجئ لشاب كان صديقاً لزوجته قبل زواجهما ، فاعتقد أن زوجته هي السبب في موته، وثالثاً: أنه كان يعتقد أن والدى زوجته كانا أيضاً مريضين بهذا المرض، ورابعاً: كان هذا الشخص يشعر لعدة شهور أن لطعامه طعماً غريباً مما جعله يشك في أن زوجته تضع له السم في الطعام، وقد انتهى الأمر بهذا الشخص إلى ان قتل زوجته بضربها على رأسها بمطرقة قبل أن تقتله.

الوهم المرضى كعرض للمرض النفسي:

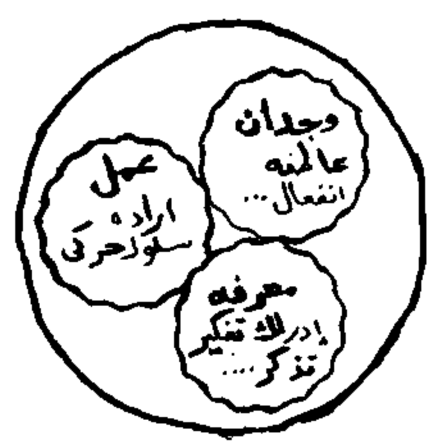
يرى كثير من الباحثين أن شخصية الإنسان من الناحية الوظيفية تضم جوانب ثلاث أساسية هي:

أ.الجانب الوجداني: ويضم الانفعالات والعواطف والميول.

ب.الجانب المعرفي: كالإدراك والتذكر والتفكير.

جـ. الجانب الخاص بالعمل: ويضم الإرادة والنشاط الحركي

ونجد أن هذه الوظائف تسير – في الحالات العادية – جنباً إلى جنب في توافق وانتظام، وكأن الشخصية ساعة ذات ثلاثة تروس تسير بنسب محددة، ويكوّن وجه الساعة المظهر العام للإنسان.



ولنضرب مثالاً لكيفية سير هذه الوظائف في اتفاق وتتابع: فإن الإنسان عندما يرى مصدراً للخوف – كلب مسعور مثلاً – يعرف ويدرك (معرفة) أن هذا حيوان شرس مؤذى، فينفعل بالخوف (وجدان)، ثم يطلق ساقية للريح أو يحاول قتله والتخلص من أذاه (عمل) وهناك مثال آخر: أن الطالب إذ "يعرف" قرب ميعاد الامتحان يعتريه "انفعال" القلق ثم يعمل على استذكار دروسه.

فإذا أصيب الإنسان بمرض نفسي أو عقلي فإن هذه العلاقة تختل أو تضطرب مكونات هذه الجوانب في داخلها، ومن أمثلة اختلال العلاقة بين جوانب الشخصية ما نراه في بعض أوهام العظمة عندما يفوق طموح الشخص كثيراً مستوى قدراته العقلية أو الجسمية ، أو في بعض حالات الفصام عندما يكون التفكير في واد والعمل أو الانفعال في واد آخر.

أما اضطراب مكونات جوانب الشخصية في داخلها فهو يختلف تبعاً لنوع المرض النفسي. وأي مكون فيها قد يكون عرضه لاضطراب كمي أو نوعي وفقاً لطبيعة المرض. فالمرح الشديد elation (وهو الشعور بالفرح والانشراح الزائدين دون وجود مبرر لذلك) قد يعبر عن اضطراب كمي في العاطفة، ومن أمثلة هذا الاضطراب أيضاً الاكتئاب أو اللامبالاه . أما الاضطراب النوعي فهو يبدو في حالات كالسيولة[6] lability والتباين[7] ambivalence . وهكذا بالنسبة لسائر المكونات الأخرى للشخصية.

---

(٦) حيث تكون العاطفة غير ثابتة، فتتغير من النقيض إلى النقيض في زمن قصير، إذ يبكي المريض ثم يضحك دون سبب ما أو لأسباب تافهه.

وفيما يتعلق بالتفكير فقد يضطرب في مجراه حين يبطؤ سريان الأفكار - ويسمى ذلك "بطؤ التفكير" - أو يسرع ويسمى ذلك"طيران الأفكار" ، وقد يضطرب التفكير من حيث محتواه اضطراباً كمياً أو نوعياً ، وفى الاضطراب الكمى قد يكثر المحتوى عن المعتاد وتسمى هذه الظاهرة "ضغط الأفكار" ، وقد يقل ويسمى هذا "فقر الأفكار". وتعتبر الأوهام المرضية أو الضلالات هي أبرز مظاهر الاضطراب النوعي لمحتوى التفكير. ومن هذا الاضطراب أيضاً توجد ظاهرة الوساوس.

وقد تكون الأوهام المرضية أولية primary delusions حيث تظهر فجأة دون وجود أعراض أخرى ظاهرة تستند عليها ، وقد تكون ثانوية secondary delusions حيث تقوم على اضطرابات حسية أو ادراكيه (هلاوس). وقد تكون الأوهام المرضية مرتبة systematized delusions متسقة منطقيا رغم بعدها عن الواقع ، فتكون الأفكار رغم غرابتها منتظمة ، ويكفي قبول الفكرة الأولى لقبول بقية الأفكار . إلا أن الفكرة الأولى هذه عادة ما تكون شاذة غير واقعية. ومعظم الأمثلة الواردة فى هذا الكتاب من النوع المرتب، حيث تمت كتابة المنظومات الضلالية مترابطة إلى حد ما ليسهل لنا ذلك فهم أنواعها وما يمكن أن تنطوى عليه من خصائص مرضية.

وقد تكون الأوهام المرضية غير مرتبة unsystematised حيث الأفكار لا رابط بينها وغير متسقة منطقيا ، وقد تتناول موضوعات لا صلة بينها. وسوف يتضح هذا فى عرض أنواع الأوهام المرضية.

الوساوس والأوهام المرضية:

تتصف الأفكار والتصرفات الوسواسية - كما تبدو مثلا فى عصاب الوسواس القهرى بالغرابة والبعد عن الواقع شانهما فى هذا شأن الأوهام المرضية، ففى الوساوس المرضية يدور التفكير حول أمور عادة ما تكون غير معقولة، وأحيانا تتحول هذه الأفكار إلى سلوك. ومن هذا مثلا الأفكار المعبرة عن التشاؤم أو

---

(٧) عدم توافق العاطفة مع التفكير فيسير كل منهما فى واد.

الشك. فإذا تشاءم إنسان مثلاً من الرقم ١٣ بشكل مرضى أخذ يفكر فيه أو يخاف منه محاولاً تجنبه بقدر الإمكان. فهو قد يخشى مثلاً أن يسكن فى منزل رقمه ١٣، وقد يمتنع عن السفر فى أيام ١٣ من الشهر وهكذا ، وإذا ما راودت الإنسان مثلاً وساوس ترجع إلى شكه وخوفه مِن القذارة فقد يلجأ إلى تكرار غسل يديه أو الاستحمام.

وكما يتمسك صاحب الأوهام المرضية بأوهامه يتمسك أيضاً مريض العصاب القهرى بأفكاره وتصرفاته الشاذة ، ويعتبر تكرار السلوك الذى لا طائل من ورائه خاصية مميزة لعصاب الوسواس القهرى، وقد شكى أحد مرضى هذا العصاب حالته على الطبيب قائلاً بأنه اعتاد أن ينظر إلى وجهه فى المرآة أربع مرات كلما وجدها أمامه ، و إذا ما تصادف ووقع بصره على شئ ما آخر أو وقفت ذبابة على وجهه أثناء نظره إلى المرآة كرر النظر إلى وجهه ٤ مرات أخرى فى المرآة. ويقول بأنه إذا ما وجد ورقة ما ملقاة على الطريق فلابد ان ينظر إليها أربع مرات، وذات مرة وجد حذاءاً فى الطريق فركله إلى الأمام كما يركل كرة القدم (شاطه) وصعد إلى منزله، إلا أنه خرج من منزله وتوجه إلى الحذاء وركله مرة ثانية وصعد إلى منزله ثم عاد إليه ليركله مرة ثالثة ثم رابعة.

ويقول المرضى من هذا النوع أنهم بالرغم من انهم يعرفون ان تصرفاتهن هذه غير معقولة وساذجة إلا انهم يجدون أنفسهم مضطرين إلى أدائها ، فمرضى العصاب القهرى غير راضيين بالمرة عن تصرفاتهم وقد يخجلون منها أحياناً بعكس ذوى الأوهام المرضية الذين عادة ما يكونون مقتنعين بأوهامهم بل يرون أنها أكثر واقعية من آراء الآخرين ، كما يعتقدون أن تصرفاتهم المترتبة عنها معقولة ولها ما يبررها بل وضرورية أحياناً ، وذلك بالرغم من أن هذه التصرفات قد تكون شاذة وغريبة، ومثال هذا أن مريضاً بالفصام البارانويدى كان جالساً على "مقهى" ولما رأى جمعا من الناس اعتقد بأنهم ينظرون إلى مكان حساس بجسمه فظن أنهم ينكرون رجولته، فقام وكاد أن يتعرى جزئياً ليثبت لهم رجولته، ولما تكرر منه هذا التصرف عرضه أهله على طبيب أمراض نفسية ، وروى له المريض قصة تتلخص فى أن شخص ما قد عرض عليه الزواج من ابنته فلما

رفض أطلق عليه إشاعة تفيد بأنه عاجز جنسياً ، وقال أن هذه الإشاعة ظلت تلاحقه أينما ذهب. وهناك مريض آخر كان يعانى من أوهام الغيرة المرضية حاول قتل زوجته بسبب اعتقاده بأنها تخونه لأنها كانت تبالغ فى زينتها ويبدو عليها السرور حينما تسمع أغانى معينة كما تتغير نبرات صوتها عندما ترد على التليفون ، والزوجة بريئة تماماً مع كل هذه الشكوك إلا أنه كان مقتنعاً برأيه تمام الاقتناع.

والخلاصة أن صاحب الوهم المرضى يعتقد فى وهمه بشكل مطلق بالرغم من كونه شاذاً غير مقبول من غيره بالمرة. أما الأفكار الوسواسية فالشخص ينكرها إنكاراً كلياً ومع هذا يجد نفسه ملزماً بالأقدام عليها مثلها فى هذا مثل السلوك القهرى.

البارانويا والأوهام المرضية

تشكل الاضطرابات البارانويدية paranoid disorders مجموعة من ثلاث مجموعات ذهانات وظيفية functional psychosis ، إحداهما هى مجموعة أمراض الفصام ، أما الثالثة فهى مجموعة أمراض الاضطراب الوجدانى affective disorders (ذهان الهوس والاكتئاب).

ونعرض هنا باختصار لمجموعة البارانويا لما تبين من ارتباطها أحياناً بأعمال التطرف والعنف ، هذا بالاضافة إلى أنها من أكثر المجموعات تميزاً بوجود الأوهام المرضية فى مرضاها حتى أطلق عليها اسم الاضطراب الناتج عن الوهم المرضى أو الاضطراب الضلالى delusional disorder[٨]، وهذه الأوهام عادة ما تكون مرتبة أو منظمة متسقة فيما بينها إلا أنها تقوم أساساً على قضايا غير معقولة.

فالأوهام هنا تشكل الاضطراب الأساسى فى الشخصية ، وقد يعانى بعض المرضى من الهلاوس المسايرة لأوهامهم المرضية إلا أنها ليست بالشدة الموجودة عليها عند مرضى الفصام. وتؤدى هذه الأوهام إلى اضطرابات فى العاطفة

---

(٨) أطلق عليها هذا الاسم وفقاً للدليل التشخيص الإحصائى للأمراض النفسية الطبعة الرابعة والخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسى

والانفعال عند مرضى البارانوايا، وهذا ما يميز هؤلاء المرضى عن مرضى الهوس والاكتئاب الذين عادة ما يكونون اكثر تأثرا بعواطفهم وانفعالاتهم عن مرضى البارانويا.

ويتميز هؤلاء المرضى عن مرضى الفصام في أن الأوهام المرضية عند الفصاميين غير مرتبة وتفكيرهم غير متسق وشخصياتهم مفككة متدهورة ، أما مرضى البارانوبا فهم كثيرا ما يخفون أوهامهم المرضية ويبدون وكأنهم أسوياء أفكارهم معقولة إلا فيما يتعلق بموضوع وهمهم المرضى فقط حينئذ يظهر الشذوذ والغرابة في أفكارهم.

ويقول ميونرو Munro (١٩٩٩) أن المرضى ليسوا منفصلين دائما عن الواقع كما هو الحال في معظم الأنواع الأخرى من الذهان، وهم يتفاعلون اجتماعيا بصورة جيدة ، فهم يعانون من "جنون جزئي" partially insane . ومن المعالم الغريبة لهذا المرض هو إنتقال المريض من الحالة الطبيعية إلى الحالة المرضية وبالعكس ، ففي الحالة المرضية ينشغل المريض بشدة بموضوع وهمه المرضى ويبدو عليه التوتر، وكأنما هناك قوى شريرة لا تعرف معنى للرحمة هي التي توجه سلوكه، أما في الحالة الطبيعية فالمريض يبدو هادئا متزنا متعقلا للأمور اجتماعيا محبا للناس، إلا أنه مع هذا يظل اعتقاده الوهمي قريبا منه وكأنه تحت الطلب يداهمه كالوحش فيأي وقت ما كي يغير من تفكيره وسلوكه ويبعدهما عن المنطق والصواب، ويشبه ميونرو (١٩٩٢) هذا التغير في شخصية الفرد بالقصة الخيالية للدكتور جيكل والمسترهايد Dr. jekyll and Mr Hyde والتي يظهر فيها بطل القصة بشخصيتين متناقضتين تماما أحداهما طيبة مسالمة تحب الخير للناس والأخرى شريرة تميل إلى البطش والعنف.

ويزداد اقتناع المريض بموضوع وهمه المرضى مع أزمان المرض، وقد يقع بعض هؤلاء المرضى في صدام مع السلطات وبخاصة عندما يكون موضوع وهمهم المرضى متعلق بتطرف سياسي أو ديني، كما أن هناك من مرضى البارانويا من يتمتع بقدرة خطابية بارعة ويعرف بالبارانويدى ساحر الجماهير charismatic paranoia وإذا ما استطاع التوصل إلى منصب قيادى اتجه إلى

العنف وسفك الدماء، وهذا موضح فى عرض موضوع الأوهام المرضية والعنف.

ويرى بعض الباحثين أن الصمم أو ضعف السمع قد يساعد على تفاقم المرض مع تقدم السن إلا أن هذا لم يثبت بشكل قطعى.

هذا ويغلب على مرضى البارانويا الشك وعدم الثقة فى الآخرين، على أن الأوهام المرضية التى تسيطر على المرضى لا تقتصر فقط على أوهام العظمة والاضطهاد بل قد يعانون من أوهام مرضية أخرى، ولعل من أبرزها الأوهام المرضية من نمط الغيرة jealousy subtype (أوهام الغيرة المرضية) والأوهام المرضية ذات النمط الجسمى somatic subtype بأنواعها وأيضا ذات النمط الجنسى erotomanic subtype، [٩] على أن الذى يسيطر على المريض عادة ما يكون نوع واحد فقط من هذه الأوهام، كما يختلف موضوع الوهم المرضى من مريض لآخر. ويوضح المثال التالى نموذجاً لحالة بارانويا من النمط الاضطهادى:
delusional disorder, persecutory subtype

قبض البوليس على رجل عمره ٣٨ عاماً لأنه هاجم محطة إذاعة للراديو وتسبب فى تعطيلها عن عملها لعدة ساعات مهدداً العاملين فيها بمسدس طالباً منهم أن يبلغوا رسالة كتبها للجمهور، وبعد مواجهة صعبة مع جنود الشرطة ، أمكن لهم ان تقنعوه بأن يلقى سلاحه ، وتم اقتياده إلى قسم الشرطة ، وقد اتضح بعد الكشف الطبى عليه أنه كان غير صالح للمثول أمام القضاء بسبب حالته العقلية المرضية: وبتتبع السيرة الذاتية لهذا المريض اتضح أنه منذ أربع سنوات كان يشكو من تعرضه لمرض جنسى خطير معدى ولكنه لم يحدد ما هو، وبعد الكشف الطبى عليه فى عدد من العيادات الطبية المتخصصة اتضح خلوه تماماً من أية أمراض جنسية معدية.

---

(٩) فى هذا النمط من الأوهام يؤمن المريض بأن شخصية ما تحبه ، بالرغم من أن هذه الشخصية لم تصرح مطلقاً بذلك، إلا أن المريض يجد الدليل على أوهامه من بين التصرفات البريئة لهذه الشخصية ، فهو قد يفسر الابتسامة المهذبة أو التحية العابرة على أنها تعبير عن الهوى والغرام، وعادة ما يختار المريض الحبيب المزعوم من بين الشخصيات العامة المشهورة مثل ممثلات السينما أو التليفزيون.

ولم تفلح جهود الأطباء في طمأنته وإقناعه بخلوه من المرض، وأصر على اعتقاده هذا زاعماً أن إصابته به جاءت متعمدة من اتصال جنسي بجاسوسة ، وقال بأن هناك مؤامرة سرية من جماعات شيوعية مهمتها نشر هذا المرض الجنسي بين سكان العالم حتى يموت الناس، وقد ظل يفكر طويلاً في هذا الأمر، وأصبح متوتراً قلقاً ، ثم تملكه الغضب عندما لم يستمع أحد إليه ، وأخيراً فكر في مهاجمة محطة الإذاعة كي يوجه حديثه إلى الملأ ويحذرهم من الخطر الذى يمكن أن يتعرضوا له قبل أن يموت هو.

وقد تبين أن المريض على مستوى ذكاء متوسط ومن أسرة تميز أفرادها بالعنف ، وكان يتعاطى بعض أنواع المخدرات وبخاصة عقار الهلوسات ل.س.د L. S. D والماريجوانا marijuana أو الحشيش، واصطدم مع الشرطة عدة مرات بسبب حمله للسلاح.

ويلاحظ ان هذا المريض كان يعارض بشدة فكرة انه مريض نفسياً في نفس الوقت الذى يؤكد فيه أنه قد تعرض لمرض جنسي معدى خطير بسبب المؤامرة التي دبرت له وسوف يموت بسببه بالرغم من طمأنته من الأطباء بأن صحته جيدة، وأخيراً تمكن الطبيب النفسي من إقناعه بتناول علاج دوائي لحالته (نيورولبتك neuroleptic)حيث قلت حدة انشغاله نسبياً بوهمه الخاص بمرضه الجنسي ، ولكنه لم يستمر في العلاج وعاد إلى الانشغال الشديد مرة أخرى بهذا الوهم.

وتبين هذه القصة كيف اختلطت أوهام الاضطهاد بالأوهام المرضية الجسمية ، وقد تختلط أوهام الاضطهاد أيضاً بأوهام العظمة وأوهام الإشارة في بعض حالات البارانويا ، كما تبدو الأوهام المرضية في هذا المثال خيالية أكثر من اللازم ومفككة ومشابهة إلى حد ما بأوهام مرضى الفصام البارانويدى ولعل هذا ويرجع إلى تعاطى المريض للمخدرات .

الفصل الثانى

أبعاد الأوهام المرضية

dimensions of delusions

تشير الدراسات إلى ان الأوهام المرضية ليست ذات بعد واحد أو ظاهرة فردية unitary phenomena ــ كما كان معتقداً من قبل ــ بل هى ظاهرة متعددة الأبعاد multidimensional phenomena تتفاوت فى قوتها أو شدتها.

ومن هذه الأبعاد:

١- اقتناع المريض بصحة أوهامه المرضية -- belief conviction ، أو بما يعتقده من أوهام مرضية.

٢- استبصار المريض برأى الآخرين عن هذه الأوهام perspective.

٣- حالة المريض الانفعالية المرتبطة بالوهم emotional commitment.

ويمكن إيضاح هذه الأبعاد كالآتى:

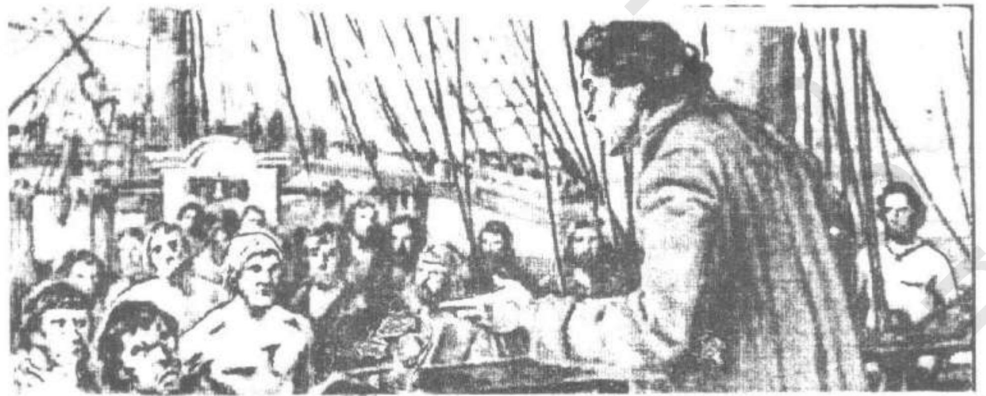
اقتناع المريض بصحة أوهامه:

ويقصد به إلى أى مدى يعتقد المريض بأن آرائه الشاذة غير المقبولة صحيحة وواقعية، وهى الآراء التى نراها نحن أوهاما مرضية، وقد اعتبر الباحثون أن تأكد المريض من صحة آرائه غير المعقوله هو من الجوانب الأساسية التى تبين انه يعانى من الأوهام المرضية، وكثيراً ما يظهر هذا بوضوح مع تفاقم المرض العقلى، فبالرغم من ان المريض أفكاره خاطئة جداً إلا أنه لا يعترف بذلك ويصر على أنها صحيحة تماماً ، وإذا ما أتهمه الناس بالجنون رد بأنهم هم المجانين ، وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن ما يقرب من ٨٢% من المرضى الذهانيين المودعين بمستشفى معهد الطب النفسى بمدينة الينوس الأمريكية خلال عام (١٩٨٨) كانوا مقتنعين تمام الاقتناع بأوهامهم المرضية العقلية ، والباقون وهم ١٨% كانت تساورهم بعض الشكوك فى صحة هذه الأوهام، وقد ظل هذا الاعتقاد على قوته لدى الغالبية العظمى من المرضى حتى بعد شهر من إقامتهم بالمستشفى ، وذلك بالرغم من تعرضهم للنقد الاجتماعى الشديد من أصدقاءهم وأقاربهم ومحاولات إقناعهم بواسطة أطباء وممرضى المستشفى بأن أفكارهم شاذة غير

مقبولة، وذلك باستثناء قلة منهم قلت شدة اعتقاداتهم فى أوهامهم المرضية، وتؤيد هذه النتائج كثيراً من التقارير الإكلينيكية التى تشير إلى ان الأوهام المرضية قد تستمر عند المريض فترة طويلة من الزمن مثل سائر الأعراض الذهانية الأخرى بالرغم من التغذية المرتدة السلبيةِ القوية التى يواجهها المريض والمتمثلة فى صورة استياء المحيطين به من أفكاره وانتقادهم المستمر له.

ومع هذا فقد لا يظل هذا الاقتناع المطلق بالوهم المرضى ثابت باستمرار عند المريض، فربما يتخلى عنه تدريجياً فى حالة شفائه من المرض إذا ما قدر الله له هذا الشفاء، حيث يمر حينئذ بمراحل ثلاث: الأولى يكون فيها متمسكاً بوهمه المرضى ولكن بدرجة أقل من درجة الاقتناع المطلق به أو التحمس الشديد له ، ثم يمر بمرحلة ثانية هى مرحلة الدراية المزدوجة double awareness ، وفيها يبدأ فى التساؤل عن مدى صحة اعتقاده بالرغم من أنه لا يزال متمسكاً به، وأخيراً تأتى مرحلة التخلى نهائياً عن الرأى الوهمى.

وعلى هذا فقوة اقتناع الفرد برأيه ، والذى يرفضه مجتمعه يعتبر أحد الأبعاد الرئيسية فى الأوهام المرضية، على أن هذا الرفض من المجتمع قد لا يشير دائماً إلى أن الرأى أو الاعتقاد وهماً مرضياً ، فكم من العلماء والمكتشفين سخرت منهم مجتمعاتهم، إلا أنهم أفادوها فيما بعد، لذلك فمن المؤشرات المميزة للأوهام المرضية هو أنها شاذة غير معقولة عديمة الجدوى لا طائل من ورائها بل وضارة أحياناً بالفرد والمجتمع.



البحارة تصرخ دعونا إما نعود وإما أن نلقى بهذا الإيطالي الملعون فى البحر ، ولكن كولومبوس نجح فى فرض إرادته عليهم فى رحلته لاكتشاف القارة الأمريكية

استبصار المريض برأى الآخرين:

ويقصد بهذا البعد كيفية إدراك المريض لآراء الآخرين نحو أوهامه وإلى أى مدى يستطيع أن يدرك أن الآخرين يرون أن أفكاره شاذة غير معقولة، فهناك من المرضى-بالرغم من شذوذ وغرابة أفكارهم – يعتقدون أن الآخرين يثقون فيها ويعتبرونها طبيعية ومعقولة. وقد أظهر الفصاميون وكثير من مرضى الذهان عدم قدره وعجزا واضحاً فى اكتشاف ان أفكارهم وتصرفاتهم تشذ شذوذاً بالغاً عن الأفكار والتصرفات الطبيعية للآخرين ، ومع هذا العجز فإنهم باستطاعتهم أن يكتشفوا بسهولة الشذوذ والغرابة فى أفكار وتصرفات غيرهم من المرضى المقيمين معهم بالمستشفى وقد لوحظ من نتائج بعض الدراسات أنه كلما ازدادت حدة المرض العقلى ازدادت أيضاً شدة اعتقاد المريض فى أن الآخرين يثقون فى آرائه ويرونها معقولة، وهناك حالات نادرة قد يعجز فيه المريض نهائياً عن الاستبصار برأى الآخرين معتقداً انهم يؤيدونه تماماً فى آرائه ، ويحدث هذا فى حالة اشتداد الوهم المرضى عنده لأقصى درجة ممكنة، وفى هذه الحالة لا يهمه مطلقاً التأكد من صحة آرائه. وهناك نسبة كبيرة من المرضى يوجد لديهم استبصار جزئى برأى الآخرين ، أى غير متأكدين من موافقتهم على آرائهم ، فهم مذبذبون: حيث يعتقدون أحياناً بأن الناس يرون أن آرائهم غير معقولة وأحياناً أخرى يعتقدون أن الناس يرونها عادية ومعقولة ، ومع تقدم العلاج قد تزداد قوة استبصار المرضى برأى الآخرين فى أوهامهم المرضية.

حالة المريض الانفعالية المرتبط بالوهم:

يعبر هذا البعد عن مدى الارتباط الانفعالى بموضوع الوهم وكذا الأهمية والانشغال اللذين يبديهما المريض بوهمه، ويعتبر هذا البعد حاسماً إلى حد ما فى تقرير ما إذا كان الشخص الذى يعانى من الوهم المرضى يستطيع ان يعيش فى المجتمع أم لابد من إيداعه بالمستشفى. وقد أوضحت الدراسات أن المرضى يمكنهم أن يتعايشوا خارج المستشفى بالرغم من اقتناعهم التام بصحة أوهامهم المرضية (أى يعانون من البعد الأول لهذه الأوهام) طالماً أنهم لا يتأثرون انفعالياً بها. أما عندما يزداد تأثرهم الانفعالى بأوهامهم فلابد فى هذه الحالة من إيداعهم بالمستشفى

لأن تفكيرهم وتصرفاتهم سوف توجهها هذه الأوهام. وقد يصبح المريض مصدر رعب لمن حوله من الأهل والأصدقاء ، لأن أوهامه المرضية في هذه الحالة تكون محورية وجزءاً هاماً من حياته central part of his life بعد أن كانت هامشية peripheral. وتشير الدراسات إلى أن التأثر الانفعالي بالأوهام المرضية عادة ما تقل شدته لدى كثير من المرضى بعد شهر من انتظامهم في العلاج بالمستشفى.

عموماً يشكل بعد التأثر الانفعالي بدرجة كبيرة نظرة الآخرين نحو المريض وتقييمهم لمدى خطورة مرضه نتيجة لما قد يترتب عن أوهامه المرضية من سلوك وانفعال. ويمكن اعتبار المرضى الذين يقل لديهم هذا التأثر انهم في حالة من هجوع المرض حتى وإن كانوا على درجة كبيرة من الاقتناع بأوهامهم. ونتيجة لقلة التأثر الانفعالي هذا بالأوهام المرضية تقل أيضاً الأخطار التي يمكن أن تترتب عنها لذا فكثيرا ما يسمح الأطباء للمرضى بمغادرة المستشفى في مثل هذه الحالة.

قياس أبعاد الأوهام المرضية

من أساليب قياس هذه الأبعاد: استبيان تكوين الأفكار الشخصية personal ideation inventory (PII) المتضمنة للأوهام المرضية لراتنبيورى وزملائه Rattenbwry et al (١٩٨٤) ، ويتكون من ٧١ بند لتقييم جوانب متنوعة لمحتوى أى وهم مرضى بما فيه الأبعاد الثلاث الموضحة هنا، بالإضافة إلى تقرير صلة هذه الأبعاد باهتمامات المريض فى مرحلة ما قبل المرض، وفيما يتعلق بكيفية تقدير الدرجات بالنسبة للأبعاد الثلاث فهى كالآتى:

البعد الأول: وهو الذى يتعلق بمدى اقتناع المرضى بأوهامهم العقلية، أو قوة اعتقادهم بأن أفكارهم المتضمنة لهذه الأوهام حقيقية وواقعية، وقد صمم لهذا مقياس ذو ثلاثة علامات تمثل درجات المفحوص على هذا البعد هى:

الدرجة(١): وتعنى أنه ليس هناك اعتقاد ما فى موضوع الوهم.

الدرجة(٢):ويقصد بها أن هناك اعتقاد جزئى فقط فى موضوع الوهم.

الدرجة(٣): وتعنى أن المريض يعتقد اعتقاداً كلياً فى موضوع الوهم.

البعد الثانى: ويمثل مقياسه المنظور، ويقصد به مدى استبصار المريض برأى الآخرين فى موضوع الوهم، وفيما إذا كان يستطيع بالفعل أن يدرك أن الآخرين يرون ان أفكاره شاذة غير معقولة أم انهم يرونها طبيعية معقولة. ولهذا المقياس أيضاً ثلاث علامات تمثل درجات المفحوص على هذا البعد ، وهى:

الدرجة(١): ويقصد بها أن استبصار المريض جيد، أى أنه يدرك بالفعل أن الآخرين يرون أن أفكاره غير معقولة .

الدرجة(٢): وتعنى أن المريض لديه استبصار جزئى برأى الآخرين بشأن قصصه الوهمية التى يرويها لهم، فهو تارة يعتقد بأنهم يرونها معقولة وأحياناً أخرى يعتقد انهم يرونها شاذة غير معقولة.

الدرجة(٣): ويقصد بها أن استبصار المريض برأى الآخرين فيما يتعلق بأوهامه ضعيف، أى أنه لا يعتقد مطلقاً أن الناس يرون أن أفكاره شاذة بل وربما يعتقد أنهم

يعجبون بها.

وقد وضع لهذا البعد تساؤلات للكشف عنه مثل:

كيف يرى الآخرون فكرتك هذه؟

ما هو انطباعك عن رأيهم هذا؟

هل توافقهم على هذا الرأى؟

البعد الثالث: ويقدر المقياس على هذا البعد مدى الارتباط الانفعالى للمريض بأوهامه المرضية ، ويقصد بذلك الأهمية التى يوليها المريض بالنسبة لهذه الأوهام ، ومدى تأثيرها على مشاعره وسلوكه، ويرتكز هذا المقياس على مؤشرين هما:

(١) **العلامات المعرفية للارتباط:** كما تبدو فى الوقت المستخدم فى التفكير فى موضوع الوهم المرضى والقدرة على إيقاف هذا التفكير.

(٢) **العلامات السلوكية:** وتتضح من مدى تأثير الوهم المرضى على السلوك الانفعالى للمريض وعلى أدائه لأنشطته اليومية ، وتتراوح الدرجات هنا ما بين صفر و ٤ درجات، حيث تشير الدرجة صفر إلى انه لا تأثير للأوهام المرضية بالمرة على سلوك المريض من حيث انشغاله وانفعاله بموضوع الوهم، وتعنى الدرجة ٤ - وهى النهاية العظمى - أن سلوك المريض يخضع كلية لأوهامه المرضية.

ويوضح المثال التالي دراسة حالة: موضح بها تقدير هذه لأبعاد الثلاث وهى : مدى اقتناع المريض بوهمه المرضى واستبصاره برأى الآخرين وارتباطه الانفعالى بموضوع وهمه.

طالبة عمرها ٢٣ سنة مريضة بالفصام الوجدانى وقد أجريت دراسة الحالة عليها أثناء معاناتها من قصة وهمية (أو منظومة ضلالية) وذلك قبل أربعة أشهر من دخولها المستشفى، حيث تكررت مناقشاتها الحادة مع أمها فى ذلك الوقت. وكانت تعتقد ان أسرتها وأصدقاؤها يريدون أن يقتلوها بالسم. وسيطرت عليها هذه الفكرة بطريقة قهرية لدرجة أن الشرطة قبضت عليها لأنها كانت تصرخ وتتهم الآخرين بمحاولة قتلها بالسم وذلك أثناء وجودها فى ردهة بأحد الفنادق.

ومن الأعراض المرضية التى كانت تعانى أيضاً منها: حالة مزاجية يغلب

عليها الاضطراب وتتسم بالمرح الشديد وكثرة الكلام والإسراف فى إنفاق النقود والسلوك المضطرب وأوهام العظمة وهلاوس سمعية وبصرية وبعض الأعراض الذهانية الأخرى.

وكانت أثناء نوبتها الوهمية المرضية على يقين تام بأن الآخرين ينوون قتلها بالسم حيث وصلت الدرجة التى حصلت عليها على البعد الأول للمقياس هو ٣ درجات وهو البعد الذى يشير إلى مدى تأكدها من صحة اعتقادها.

وفيما يتعلق بالبعد الثانى وهو الخاص باستبصارها برأى الآخرين فقد حصلت المريضة على درجتان من أربع لأنها كانت ترى أن الغرباء يعتقدون أن أفكارها تتسم بالحماقة والطيش ، وفى نفس الوقت كانت ترى أن أصدقاؤها يصدقونها. أما عن ارتباطها الانفعالى بوهمها المرضى وهو البعد الثالث فقد ظهر فى جانبين هما:

(١) معرفى وقد تمثل فى انشغالها الشديد والمستمر بأفكارها البارانويديه موضوع الوهم.

(٢) سلوكى وكان يبدو فى صراخها واتهامها للآخرين بمحاولة قتلها بالسم.

وقد حصلت على أربع درجات وهى أقصى درجة تبين الارتباط الانفعالى بموضوع الوهم.

وبعد علاجها بالليثيوم lithium بالمستشفى لفترة تزيد عن شهر قلت شدة اعتقادها فى وهمها المرضى حيث بدأت تشك فى صحة هذا الاعتقاد ، كما تحسن أيضاً استبصارها برأى الناس حول اعتقادها وأصبحت اكثر واقعية فبدأت تستبصر بحقيقة رأيهم وتدرك أنهم يرون ان أفكارها أصبحت غير معقولة ، ومع هذا ظل ارتباطها الانفعالى بوهمها المرضى كبير ولم يتحسن إلا بعد ثلاثة أشهر من استمرار علاجها بالمستشفى.

هذا وقد تكون الأوهام المرضية سبباً / أو نتيجة للحالة المزاجية عند الشخص، وموضح فى أسباب الأوهام المرضية العلاقة بين الحالة المزاجية وهذه الأوهام ، كما تبين الحالة التالية نموذجاً لعملية الارتباط الانفعالى بالأوهام المرضية:

مريض بالفصام الوجدانى schizo affective (ذا الطابع الاكتئابى) عمره ٢٠عاماً، غير متزوج ، وهو من طلاب الجامعة، كان قد تربى فى ظروف منزلية صارمة، تميزت بالقسوة والعقاب و كان يعانى من أوهام مرضية متطابقة mood congruent delusions أحياناً مع حالته الوجدانية وفى أحيان أخرى غير متطابقة مع هذه الحالة.

ويقصد بالأوهام المتطابقة مع الحالة الانفعالية تلك الأوهام المسايرة لهذه الحالة. فإذا كان المريض يعانى مثلاً من الخوف فإن أوهامه تمثل أحداثاً مخيفة، كأن يتوهم مثلاً بأن هناك أشخاص ينوون قتله ، وإذا ما كان غاضب مثلاً توهم بأن شخصاً ما قد تصرف معه بطريقة مثيرة للغضب لأنه أهانه أو أستولى على ماله. أما الأوهام غير المتطابقة مع الحالة الانفعالية فهى أوهام مثيرة لحالة انفعالية معاكسة لتلك الحالة التى يشعر بها الفرد، وربما تصدر منه كرد فعل لتخفيف ما يعانيه من إحباط أو حالات انفعالية غير مرغوب فيها، كأن يتوهم مثلاً النجاح والعظمة كى يثير فى نفسه الزهو والغرور تعويضاً عما قد أصابه من فشل أو شعور بالنقص.

ومن أمثلة الأوهام المرضية التى كانت تراود هذا المريض مسايرة لحالته الانفعالية: أن روحه قد اختفت من الوجود، وحلت محلها روح شريرة أصبحت تسكن جسده، وكان يعانى من حالة اكتئابية ومشاعر قوية بالذنب ويكثر من لوم نفسه. وكان قوى الاعتقاد بأن الروح الشريرة هى التى توجه تصرفاته (قوة الاقتناع ٣درجات) ، كما أظهر استبصاراً ، جزئياً برأى الناس حول حالته، حيث كان يدرك أن بعض الناس يرون أن أفكاره غريبة غير معقولة فى حين أن البعض الآخر كانوا يعتقدون بأنها صواب (الاستبصار برأى الآخرين درجتان)، أما عن ارتباطه الانفعالى باعتقاده الوهمى هذا فقد كان قوياً، لسببين: أولهما أنه قد ترتب عن اعتقاده هذا سلوك هو امتناعه نهائياً عن الذهاب إلى المدرسة رغبة منه فى أبعاد الروح الشريرة وما تتصف به من فساد خلقى عن تلاميذ المدرسة، والثانى أنه كان على الدوام منشغلاً بأوهامه المرضية وكيف اختفت روحه من الوجود وحلت محلها الروح الشريرة، ولم يتمكن من أن يتوقف فترة عن التفكير فى هذا الموضوع

(الارتباط الانفعالى ٤درجات).

وبعد فترة علاجية بالمستشفى كانت مدتها شهر تناول خلالها دواء "الفينوسيازين" phenothiazines بانتظام أظهر هذا المريض قدراً أقل من قوة اقتناعه بصحة هذه الأفكار ، فكان تارة يدعى بأن روحه موجودة فى جسده وتارة أخرى يدعى بأنها اختفت وان روحاً شريرة هى التى تسكن ذلك الجسد (قوة الاقتناع درجتان).

أما فيما يتعلق باستبصاره برأى الآخرين بشأن فكرته هذه فلم يظهر تحسناً ملموساً وظل على درجة استبصاره السابقة (الاستبصار برأى الآخرين درجتان)، كما استمر المريض يظهر تأثراً انفعالياً بأوهامه ولكن بدرجة أقل من ذلك الذى كان موجوداً قبل العلاج، وكان يتحدث مع الآخرين عن الروح الشريرة التى تسكن جسده ، ويجد صعوبة في التخلص من هذه الفكرة (الارتباط الانفعالى ٣درجات).

وبمتابعة حالة هذا المريض بعد عام من خروجه من المستشفى تبين اختفاء هذه الفكرة المرضية وكذا بعض الأعراض الذهانية، إلا أنه كان يعانى من اكتئاب شديد وأفكار انتحارية فأعيد إلى المستشفى مرة أخرى للعلاج.

ومن الملاحظ ان التأثر الانفعالى بالأوهام المرضية قد يظهر على شكل معرفي أو سلوكى، ويظهر عادة معظم المرضى اللذين يعالجون بالمستشفيات تأثراً انفعالياً عن طريق السلوك أقل من أولئك الموجودين خارجها، فقلما يترتب عن أوهام المرضى الموجودين بالمستشفيات سلوك ، ولعل هذا يرجع بنوع ما إلى أن المستشفيات تكثر بها القيود التى تحد من تصرفات المرضى، هذا وبالرغم من أن بعض المرضى لا يجدون حرجاً فى التصرف الشاذ تبعاً لأوهامهم المرضية بالمستشفى، إلا أن أغلب المرضى يجدون صعوبة فى ذلك حيث تظل هذه الأوهام حبيسة فى عقولهم هناك، وقد ينطوى التأثر السلوكى بالأوهام المرضية على أحجام عن الأقدام على سلوك ما معين أو العزلة والانطواء ، هذا وفى حالة التحسن بعد فترة من العلاج قد يظل المريض مقتنعاً باعتقاده ويعانى من استبصار جزئى برأى الآخرين عن صحة أوهامه.

ويوضح المثال التالى هذه الحالة:

شاب غير متزوج عمره ٢٥ عاماً ، يعمل بوظيفة مريحة ، أصيب بمرض الفصام ، وقد تعرض لنوبة وهمية مرضية استمرت ثلاثة أشهر قبل إيداعه بالمستشفى ، كانت تراوده فيها أفكار بارانويدية مؤداها أن الناس الذين يسيرون في الطرق المجاورة لمنزله يتآمرون على قتله، لذلك فقد رفض الخروج من المنزل كي لا يتعرض لهجومهم، وكان مقتنعاً في هذه الفترة تمام الاقتناع باعتقاده هذا (حصل على ٣ درجات على مقياس قوة الاقتناع). وبالرغم من انه على استبصار جزئي برأى الآخرين عن أفكاره – حيث كان يعتقد أحياناً أنهم يرون أن اعتقاده هذا غريباً وغير معقول وفى أحيان أخرى يعتقد أنهم لا يرونه كذلك (حصل على درجتين على مقياس الاستبصار برأى الآخرين) – فإنه كان على درجة عالية من التأثر الانفعالى باعتقاده حيث كان دائم الانشغال به. وأدخله أهله إلى المستشفى حيث تلقى علاجاً بالثورازين thorazine ، وبعد فترة شهر من إقامته بها أصبح أقل اقتناعاً بفكرته (حصل على درجتين على مقياس قوة الاقتناع). إلا أنه لم يظهر تقدماً على المقياس الموضح لمدى استبصاره برأى الآخرين عن صحة أفكاره(حصل على درجتين وهى نفس الدرجة التى كان قد حصل عليها قبل بداية علاجه). أما فيما يتعلق بمدى تأثره الانفعالى بأوهامه المرضية فقد قل هذا التأثر إلى حد ما ، إذ لم يعد سلوكه يتأثر بهذه الأوهام حيث كان يخرج من منزله كالمعتاد بالرغم من استمرار اعتقاده بأن الناس يمكن أن تقتله.

وتؤيد هذه النتائج بصفة عامة الفرض الذى توصل إليه هارو و زملاؤه Harrow et al (١٩٨٨) الذى يفيد بأن مرضى الأوهام المرضية يظهرون بعض العجز فى استبصارهم برأى الآخرين عن أوهامهم قد يستمر فترة شهر بعد تناولهم العلاج الكيميائى بالمستشفى.

العلاقة بين الأبعاد المختلفة للأوهام المرضية:

يمكن أن توضح النتائج التالية العلاقات بين الأبعاد الثلاث للأوهام المرضية لدى المرضى بمستشفيات الصحة النفسية وذلك من خلال المقابلات التى أجريت معهم:

١- كانت هناك علاقات ارتباطية بين بعد قوة اقتناع المريض بأوهامه المرضية

والبعدين الآخرين كالآتى:

كانت هذه العلاقة سالبة مع بعد استبصار المريض برأى الآخرين ، فكلما ازدادت مثلاً قوة اقتناع المريض بأوهامه قل استبصاره برأى الآخرين، أما مع بعد التأثر الانفعالى فكانت هذه العلاقة موجبة، فكلما ازدادت قوة اقتناع المريض بأوهامه ازدادت أيضاً شدة تأثره الانفعالى بها ، وكان اكثر احتمالاً فى أقدامه على تصوف طائش وفقاً لهذه الأوهام معتقداً أن الآخرين يرونها صحيحة وواقعية.

هذا ولم تبلغ العلاقة بين بعد استبصار المريض برأى الآخرين فى أوهامه المرضية وبعد ارتباط حالته الانفعالية بهذه الأوهام حد الدلالة الإحصائية فى معظم الدراسات، مما يشير إلى أن هذين البعدين لا يؤثران على بعضهما البعض، ويتفق هذا إلى حد ما مع الرأى الذى يفيد بأن بعد اقتناع المريض بصحة أفكاره الشاذة أو غير المعقولة يُعد بعداً جوهرياً للقول بأنه يعانى من الأوهام المرضية.

وتشير هذه النتائج بصفة عامة إلى أن الأوهام المرضية هى ظاهرة متعددة الأبعاد multi dimensional phenomena، وهو تحديد حديث لهذه الأوهام لم يكن معروفاً من قبل، حيث كان الباحثون يعاملونها فيما مضى على أساس أنها ظاهرة فردية unitary phenomena.

الباب الثانى

أنواع من الأوهام المرضية

نتعرض فى هذا الباب لمَحتوى بعض نماذج من الأوهام المرضية المرتبة ، وهى الأوهام المكونة من قصص لأحداث ووقائع قد تكون مسلسلة إلا أنها غريبة وبعيدة عن الواقع كما هو موضح فى الباب الأول.

الفصل الثالث

أوهام التغير وأوهام الانعدام المرضية

يعتبر الباحثون أن أوهام الانعدام المرضية nihilistic delusions تمثل درجة قصوى أو مرحلة نهائية لأوهام التغير المرضية delusions of depersonalization التى يصاب بها المرضى فى بعض حالات الذهان وبخاصة فى مرض الفصام. وفى هذا الوهم المرضى يشعر المريض يتغير فى ذاته هو، سواء فى صورته أو فى كيانه كله، فيعتقد أنه قد تحول إلى إنسان آخر ، وأنه ليس هو، وربما يشعر أنه أصبح شخصا آخر باسمه وكيانه، فهو مثلاً ليس فلاننا القديم بل هو فلان الجديد، وأحياناً يرى المريض صور الناس فى الطريق بشكل غير مألوف وكأنهم ليسوا بشراً أو أنهم مثلاً من كوكب آخر أو يراهم فى صورة بشعة غير آدمية، وعادة ما تنتج هذه الغرابة بسبب تشوش فى عملية الإدراك ذاتها واضطراب فى التفكير عند بداية ظهوره، وقد يكون إدراكه للكون كله مختلفاً. وربما اختلفت عنده الأحجام والمسافات، وبعض الباحثين يضع نسبة لحوادث السيارات من هذه الجزئية من الأعراض.

وقد تؤثر أوهام التغير هذه على سلوك بعض المرضى بالرغم من غرابتها، فقد كان هناك مثلاً مريض بالفصام يعتقد بأنه يمثل بداية العالم ونهايته، وامتنع تبعاً لذلك عن تناول الطعام لأنه إذا ابتلعه فسوف يبتلع العالم كله، وآخر كان يسير وهو

متصلب الجسم وكأنه مشلول الحركة ويطالب الناس بالابتعاد عنه حتى لا ينكسر زاعماً بان جسمه قد تحول إلى زجاج.

أما في أوهام الانعدام المرضية فالمريض يعتقد فيها بانعدام الأشياء أو عدم وجودها أصلاً، أو أنه هو نفسه غير موجود أو توفى، ومن حالاته أن مريضه اختفت فترة من مستشفى الصحة النفسية ثم اكتشفت الممرضات بأنها دفنت نفسها تحت كومة كبيرة من القش ظناً منها أنها ماتت وليس لها وجود.

وكثيراً ما يقول بعض المرضى المصابين بأوهام الانعدام المرضية بأنهم يرون أن الأشياء أو الأشخاص لا وجود لهم أو أن وجودهم هذا قد أصبح غير حقيقي ، فهم مثلاً مجرد أشباح أو خيالات، وقد ينكر المريض وجود فئة ما من الناس أو وجود والده أو والدته أو ابنه بالرغم من وجودهم جميعاً وقد ينكر وجود الله .

وقد اشتكى بعض المرضى بأنه لا يستطيع أن يعاشر زوجته معاشرة الأزواج لأنه لم يعد لها وجود حقيقي ، فقد أصبحت في رأيه مجرد صورة أو خيال!، ومريض آخر يقول بأنه لا وجود لشئ لا يراه ، فالأشياء أو الأشخاص الموجودين هم الذين يقع عليهم بصره فقط أما فيما عدا ذلك فلا يعتبر موجوداً.

الفصل الرابع

أوهام الغيرة المرضية

Delusional disorder jealousy subtype

أنواع الغيرة ومستوياتها:

يمكن ان تظهر الغيرة في جوانب متعددة من الحياة الاجتماعية، فهناك مثلاً غيره في مجالات التنافس المختلفة ، كتنافس الأبناء للحصول على رضاء أبيهم، أو غيرة التلميذ الفاشل من زميله المتفوق، وسوف نركز هنا على الغيرة في مجال الحياة الزوجية والتى تنشأ عندما يشعر أحد لطرفين – الزوج أو الزوجة – بأن الطرف الآخر يتعرض للإغواء من طرف ثالث ، وفى هذه الحالة يصبح سلوك الفرد الذى يعانى من الغيرة غريباً غير محتمل مزعجا لشريك حياته ، ويتضح هذا من الحالة التالية:

قالت الزوجة للطبيب النفسى:

تصرفات زوجى معى أصبحت غير محتملة: يعد العدة للسفر ويخبرنى بأن سفره سوف يستغرق عدة أيام ثم أفاجأ به بعد ساعات أو يوم من سفره يعود إلى المنزل أثناء ساعات عمله اليومى بحجة أنه متعب ، أفاجأ به فى مكان عملى ويخبرنى بوجود ارتباطات له فى مكان قريب ، إذا رن جرس التليفون بالمنزل يقفز إليه ليرد هو ، وإذا ما تعذر ذلك أجده قريباً منى يتصنت على كلامى. حينما أعود من العمل يتأملنى بنظراته الغريبة الجامدة، وكان يفزعنى اقترابه منى بطريقة غير مألوفة وكأنه يحاول أن يشم منى شيئاً معيناً.

عدت من عملى يوماً متأخرة قليلاً عن المعتاد ، فسألنى مع من كنت؟ ملابسك وشعرك مختلفين عن الحالة التى خرجتى بها .. اعترفى .. مع من كنت ؟ ، ولوى ذراعى وقرب وجهه من وجهى ، وبقوة خلصت ذراعى منه وانطلقت إلى حجرتى ، وأغلقت بابها خلفى بالمفتاح ، ولكنه اندفع خلفى وكاد أن يكسر الباب.

وفى يوم بعد ان عاد من عمله اندفع إلى حجرة النوم ، جريت خلفه فوجدته واقفاً على رأس السرير، طلب منى ان أفسر سر التغير الذى حدث فى ترتيبه الذى

كان عليه وقت خروجه، مال على الفراش واخذ يشمه بطريقة غريبة ودفعنى لأشـم معه متسائلاً عن هذه الرائحة الغريبة التى تنبعث منه قائلاً أنها رائحة رجل.

قطعت صلتى بمعظم الناس .. ولم اكن اخرج إلا للضرورة القصـــوى .. امتنعت عن استعمال المساحيق على وجهى. ومع هذا فاجأنى فى يوم بأن أخـــرج معه فوراً .. قلت له إلى أين ، رد قائلاً كى اثبت خيانتك .. المعمل سوف يثبت كل شئ .. اعرف أنك كنت معه الآن قبل حضورى من العمل .. الخيانة الكاملـــة قـد وقعت الآن .. هذه فرصتى الوحيدة لأخذ عينة من داخلك تثبـــت معاشـــرته لـــك. وتستطرد الزوجة: اندفعت بغير وعى إلى الطريق وهو خلفى .. انهال على ضربـاً .. ذهب إلى بيت أهلى.

هذا الشك المبالغ فيه يعرف بوهم الغيرة المرضى ، ويعتقد الـــزوج تحـت تأثيره بأن زوجته تخونه ، ويفسر كثيرا من تصرفاتها وفقا لاعتقاده هذا ، والأساس فى وهم الغيرة المرضى هو الاتهام بالخيانة الكاملة أو باحتمال انتظار وقوعـــها .. ولا شك ان الغيرة – سواء كانت طبيعية أو مرضية تسبب ألماً نفسياً بل وجســـمياً أحياناً لصاحبها. ويزداد هذا الألم فى الحالات المرضية. وقد يستمر ليلاً ونـــهاراً. وكما يبدو من مثالنا هذا لا يقتصر الأثر السلبى للغيرة على الشخص الذى يعـــانى منها – وهو الزوج – بل يمتد أيضاً ليشمل الطرف الآخر موضوع الاتهام بالخيانة وهى الزوجة فى مثالنا هذا. والتى لم تنفعها أية محاولات لتبرئة نفسها ، وقد تصبح عرضة لاعتداء بدنى خطير من الزوج المريض بقصد الانتقام منها.

وفى حالات الغيرة المرضية عادة ما يركز الزوج اهتمامه على الخوف من فقدان زوجته، أما إذا كانت الزوجة هى التى تعانى من الغيرة المرضية فقد تشـــعر بتنكر الزوج وخيانته لها ، وتتعرض للتوتر والقلق تبعاً لذلك ، فكل من الـــزوج أو الزوجة يمكن أن يشعر بالغيرة إلا أنهما قد يختلفان فى وسائل التعبير عنها.

وهناك اتفاق بين الباحثين على ان الغيرة يمكن أن تحدث علـــى مســـتويات ثلاث هى:

(١) **المستوى الأول:** وهو الغيرة الطبيعية ، وعادة ما يـــترتب عنـــها انفعـــال يختلف فى شدتة ، فقد يتراوح ما بين الشعور البسيط بخيبة الأمل أو الهزيمـــة

إلى ثورات الغضب الجامحة.

ويمكن التعرف على ظروف هذه الغيرة فى ضوء تفسير المواقف التى أدت إليها وكيفية فهم الزوج أو الزوجة لهذه المواقف، وقد ترجع الغيرة إلى سوء فهم أى منهما لسلوك الآخر الذى ربما يكون برئ تماماً مما هو منسوب إليه من ظنون أو ادعاءات. هذا و يرتبط التعبير عن الغيرة بدرجة كبيرة على شخصية الفرد التى يتعرض لها وحالته المزاجية، فهناك أشخاص يعبرون عما فى أنفسهم ويتهمون شركاء حياتهم بصراحة وهناك من يكتمون مشاعرهم.

(٢) **المستوى الثانى:** ويعرف بالغيرة العصابية neurotic jealousy ، حيث تزداد حدة انفعال الغيرة وأسلوب التعبير عنها عن المعدل الطبيعى بعض الشيء ، كما يكون الشخص فى هذه الحالة أكثر تشككاً واستعدادا للإثارة عن الحالة السابقة، وقد يبالغ بعض الأفراد فى شكوكهم أحياناً ويصحب هذا سلوك عدوانى نحو شريك الحياة (الزوج أو الزوجة).

ويمكن اقناع الفرد الذى يعانى من الغيرة فى هذين المستويين بخطئه فى كثير من الأحوال وذلك عندما يتبين الأدلة الواضحة التى تثبت ذلك.

(٣) **المستوى الثالث:** وهو الغيرة الذهانية وتتسم بأوهام أو ضلالات الغيرة delusions of jealousy وهى عبارة عن شكوك الزوجة فى زوجها أو الزوج زوجته دون وجود أى مبررات أو أسباب منطقية لذلك ، مع عدم الاقتناع بأى أدلة أو براهين واضحة تثبت خطأ هذه الشكوك. ويظهر هذا النوع من الغيرة فى بعض الحالات المرضية مثل: الاضطراب الوجدانى الحاد evere mood disorder أو الفصام أو اضطرابات المخ العضوية أو إدمان الخمور أو البارانويا أو الاضطرابات الوهمية المرضية delusional disorders . وهذا المستوى من الغيرة هو أكثر أنواع الغيرة شذوذاً وخطراً.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن اتهامات الخيانة المبنية على أساس الأوهام المرضية تعتبر فى كثير من الأحوال غير صحيحة بالمرة كما تسبب حيرة ودهشة للشخص المتهم، وحتى ولو كان شريك حياته خائن بالفعل فإن المريض عادة ما يبنى اتهاماته على أدلة شاذة غير معقولة بالمرة.

متى تعتبر الغيرة ظاهرة مرضية ؟When is jealousy pathological .

الزوج يعمل مدرس ، ويتطلب ظروف عمله بالدروس الخاصة أن يعود إلى منزله فى ساعة متأخرة جداً من الليل، وكان على وفاق مع زوجته فى بداية حياتهما إلا أنه لاحظ ان سلوكها قد تغير، فبدلاً من إقبالها المعتاد عليه وجدها تبدى نحوه بروداً وترفض العلاقة الجنسية معه ، وفى نفس الوقت تبالغ فى زينتها، إلا أنه لم يعير هذه الأمور اهتماماً كبيراً .. وفى يوم عاد إلى منزله فى ساعة مبكرة على غير عادته .. وحاول الدخول لكنه وجد الباب مغلقاً من الداخل . وطرق الباب .. وظل يطرقه دون أن يجيب أحد .. ثم تسلل الشك إلى نفسه وخشى أن يكون مكروهاً قد أصاب زوجته وأطفاله .. عاود الطرق على الباب بشدة .. ثم أسرع وكسر باب الشقة ودخل مسرعاً .. ولكن المفاجأة ألجمته لحظات .. فقد وجد جاره العاطل بالشقة وزوجته بجلباب النوم. تحول الزوج الهادئ إلى وحش مفترس .. حاول ضرب زوجته وجاره بالسكين .. وتدخل الجيران .. وذهب الجميع إلى قسم الشرطة وسط سخط الجيران والمارة على الزوجة والجار ، قال الجار العاطل أن جارته قد استعانت به لإعطائها حقنه لأن الصيدلية الوحيدة المجاورة كانت مغلقة فى ذلك اليوم. أما الزوجة فقد قالت قصة أخرى وهى أنها قد استعانت بجارها لأن أبنها كان مريضاً ودرجة حرارته مرتفعة، إلا أن الجيران أكدوا فى قسم الشرطة ان الطفل ظل نائماً حتى بعد المعركة التى نشبت داخل الشقة بين الزوج وزوجته وجارهما.

بالرغم من عدم مشاهدة الزوج بعينية لواقعة الخيانة الزوجية إلا أن أحداث هذه القصة تشير بوضوح إلى هذه الخيانة. ويؤكد هذه الخيانة أيضاً إغلاق الزوجة وجارها باب المنزل من الداخل ، وكذا رواية كل منهما لقصة تختلف عن الآخر لتبرير وجودهما معاً بالمنزل ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض الشواهد والأدلة قبل الحادثة التى يمكن أن تدفع الزوج إلى الشك فى تصرفات زوجته مثل إعراضها عنه ومبالغتها فى التزين.

ومثل هذه القصة لا تعبر عن غيرة مرضية لأنها تصور وقائع شاهدها

الزوج بنفسه، كما اقتنع كل من شاهد الحادث بواقعة الخيانة، إما فى حالات وهم الغيرة المرضى واتهامات الزوج المريض مثلا لزوجته فهى عادة ما تكون محل سخرية واستهزاء الآخرين مهما كانت قوة اقتناعه بها ، وهكذا تظهر هنا فى الغيرة المرضية أهمية رأى الجماعة فى تقرير وجود الوهم المرضى.

وعادة ما يقضى المريض الذى يعانى من أوهام الغيرة المرضية فترات طويلة من الوقت يبحث عن البراهين التى تؤيد ظنونه معتمداً على أدلة وشواهد خيالية غير منطقية ينسجها وفقاً لهذه الظنون، على أن هذه البراهين الوهمية التى تثبت خيانة الزوج أو الزوجة تختلف فى مدى قربها أو بعدها عن الواقع من مريض لآخر، فكلما أشتد الذهان أو المرض العقلى بعدت الأدلة عن الواقع وكثرت فى رأس المريض (أو المريضة) التساؤلات التى يجب ان يوجهها إلى شريك حياته. هذا وبالرغم من عدم صحة اتهامات المريض لهذا الشريك - زوجاً كان أم زوجة - فإنه عادة ما يكون مقتنعاً بها تمام الاقتناع وبخاصة إذا ما كان يعانى من البارانويا، وتبدو ردود الشريك (الخائن فى اعتقاد المريض) وكأنها غير صحيحة بالمرة لا معنى لها عند المريض، ومن الغريب أن المريض يغضب لأن الناس لا يفهمونه ويشكون فى اتهاماته.

وتوضح الحالة التالية نموذجاً للغيرة المرضية:

دخلت سيدة عمرها ٥٢ عاماً المستشفى أثر تناولها جرعات كبيرة من الأسبرين بقصد الانتحار ، وبدراسة حالتها تبين أنها لم تتعرض من قبل لاضطرابات نفسية ، وقد أحجمت أول الأمر عن ذكر أسباب اقدامها على الانتحار، إلا انها بعد محاولات عديدة من الطبيب النفسى للإفصاح عن هذه الأسباب انفجرت باكية لتحكى قصتها مع زوجها والتى بدأت منذ سنتين تقريباً عانت منه فيهما اضطهاداً مستمراً بالرغم من أن حياتها الزوجية قبل هذه الفترة لم تكن سعيدة. وقد كان زوجها طوال هاتين السنتين يعتقد اعتقاداً راسخاً بأنها تخونه مع كثير من الرجال زملائها فى العمل. وقد تفاقمت شكوكه نحوها لدرجة أنه كان



يعتقد أنها عندما تستيقظ مساءاً لتذهب إلى دورة المياه ، إنما تذهب لمقابلة رجلا خارج الحجرة أو المنزل، وكان ينظم ملابسها داخل دولابها ويضع عليها علامات بطريقة معينة كى يثبت فى الصباح أنها فعلاً قد ارتدت ملابسها وخرجت من المنزل أثناء نومه. وكان يعتقد أثناء الليل أن السيارات التى تمر أمام المنزل تضئ أنوارها كى تعطى إشارات معينة لزوجته. هذا وقد أكدت ابنته للطبيب النفسى كلام أمها. ولم يكن الرجل عنيفاً فى معاملته لزوجته إلا أن شكوكه المستمرة نحوها وما صاحبها من قلق وتوتر أصبحت أمراً لا يطاق مما دفعها إلى محاولة الانتحار.

ولما حضر الزوج إلى الطبيب النفسى اعترف هو أيضاً بكل ما قالته زوجته، وكان مقتنعا تماماً بخطئها، إلا أنه مع الضغط عليه ومحاولة إقناع الطبيب النفسى له ببطلان اتهامه هذا لزوجته اظهر اقتناعاً سطحياً قائلاً بأنه لا يملك هو أيضاً دليلاً مباشراً على سوء سلوكها ، وعلل شكوكه وتصرفاته مع زوجته بأنه قلق ومهموم ولكنه لا يعانى من مرض عقلى.

ووصف الطبيب النفسى هذا الرجل بأنه ذو مستوى ذكاء متوسط إلا أنه دقيق فى عمله، وكان يتعاطى الخمور بكثرة حتى سن الأربعين ثم عزف عنها وأصبح لا يشربها إلا فى المناسبات وبكميات قليلة، ولم يسبق له أن تعرض لمرض عقلى قبل هذا التاريخ ، ويقول بأنه لا يتذكر أن أصيب أحد أفراد عائلته بمرض عقلى.

وقد هدأت حالته مع العلاج الطبى الكيميائى[١٠]، وتلاشت أوهام الغيرة المرضية، وأصبح الزوجان سعيدين، وكان المريض ملتزما بتناول الدواء بانتظام طوال فترة ست سنوات ، وبعد هذه الفترة كانت تعاوده نوبات الشك والاتهام لزوجته عندما يقلل الطبيب من جرعات الدواء المعطاة له ، حيث يصبح أكثر مراقبة لتصرفاتها، فيضطر الطبيب إلى زيادة الجرعات لمعدلها السابق كى تختفى هذه النوبات. هذا ولم تحدث مضاعفات للمريض بعد ذلك إلا ان القصة انتهت بنهاية غير سعيدة حيث تعرضت الزوجة لمرض السرطان وماتت، ولما لم يستطع الزوج أن يعيش بدونها تناول هو الآخر جرعات كبيرة من الدواء ومات.

لم يحدث فى هذا المثال اعتداء بدنى من الزوج على الزوجة، إلا أن هناك حالات من أوهام الغيرة المرضية ذات الطابع الذهانى قد تنتهى بقتل الزوج للزوجة وانتحار الزوج أو بالعكس. ويعرف هذا النمط من الغيرة المرضية والذى ينتهى بنهاية مؤلمة بـ: عرض أوثيلو Othello Syndrome، وأوثيللوا هذا هو شخصية خيالية يمثل بطل قصة دفعته فيها الغيرة الشديدة إلى جريمة قتل.

هذا ومن الحالتين اللتين تم عرضهما – الغيرة الطبيعية والمرضية – يمكن حصر خصائص الأخيرة فى الآتى:

(١) أن الأفكار التى تحمل معنى الغيرة والسلوك المرتبط بها غير معقولين سواء فى شكلهما أو مضمونهما.

(٢) أن الأدلة التى يتهم بها المريض (أو المريضة) – وبخاصة الذهانى – زوجته (أو زوجها) غير صحيحة مهما كانت قوة اقتناعه بها ، كما يراها الآخرون أيضاً غير معقولة.

(٣) يبدو على الشخص الذى يعانى من الغيرة الذهانية مظاهر اضطراب عقلى يمكن تمييزها، وهذه المظاهر هى التى تساعد على تفاقم انفعالات الغيرة عنده واشتعالها.

---

(١٠) meuroleptic medication

(٤) كثيراً ما يتصف المريض من هذا النوع قبل تعرضه للمرض بنمط من الشخصية يتسم بالغيرة والشك، وهذا الشك هو الذى يساعد على تزايد الغيرة واستمرارها فترة طويلة، فالغيرة تتغذى على الشك إلى أن تأتى مرحلة يتحول فيها الشك إلى يقين واقتناع تام بالخيانة ، وهنا يتحول المريض إلى حالة من الهياج والغضب والرغبة فى الانتقام قد تصل إلى حد إرتكاب الجريمة.

(٥) عادة ما تتركز الغيرة المرضية على شخص واحد فقط يكون موضع الاتهام دون غيره.

وبالإضافة إلى هذه العوامل ، يوجد أيضاً انشغال الفرد الدائم وتفكيره العميق فى موضوع الغيرة المرضية بحيث يصرفه تقريباً عن كل اوجه نشاطه الأخرى ، وفى النمط العصابى للغيرة توجد كثير من الآثار والشواهد الناتجة عن ميكانيزمات عصاب الوسواس القهرى. فبالرغم من أن المريض يدرك أحياناً عدم صحة شكوكه إلا أنه يجد نفسه ملزم بالتفكير فيها بطريقة قهرية. أما فى النمط الذهانى للغيرة فالمريض عادة ما يكون مقتنعاً تمام الاقتناع بخيانة الطرف الآخر مهما حاولنا إقناعه بأدلة قوية واضحة بخطئه، ويصر على ملاحقة ضحيته بل ويحاول إقناع الآخرين بصحة اتهاماته.

بعض الخصائص العامة للغيرة المرضية:

نناقش هنا بعض العوامل المميزة للغيرة المرضية والتى يمكن أن تحدث فى بعض الأمراض النفسية، حيث نوضح أهم ملامح هذه الغيرة بصرف النظر عن نوع الذهان الذى يعانى منه المريض.

ولعل من أبرز هذه الخصائص أن اقتناع المريض الذهانى بصحة اعتقاده فى خيانة شريك حياته كثيراً ما يكون مطلقاً غير قابل للمناقشة مهما قدمت له الأدلة والبراهين التى تثبت عكس ذلك . ويكون هذا الظن الوهمى عادة مصحوباً بالتهيج الانفعالى واليأس من استمرار الحياة الزوجية وفقدان الأمل فى إصلاح هذا الشريك . كما يلاحظ أيضاً ظهور سلوك عدوانى نحوه من ناحية المريض يكون لفظياً أول الأمر ثم يتحول مع تفاقم الحالة إلى اعتداء بدنى.

وتظهر الغيرة المرضية فى الجنسين إلا أنها أكثر عند الرجال مما يدفعهم

أحيانا إلى العنف وارتكاب جرائم القتل ، ولعل هذا يرجع إلى تعاطى الرجال في بعض المجتمعات لكميات أكبر من الكحول والمخدرات وبخاصة من نوع الامفيتامين والكوكايين ، حيث اتضح من الدراسات أن هذه المواد تساعد على تكوين الغيرة الناتجة عن الأوهام المرضية . (الاركون Alarcon ١٩٨٠).

وقد وجد مايكل وزملاءه Michael et al (١٩٩٥) أن نسبة ٣٤% من الرجال الذين يشربون الخمر بكثرة يظهرون غيرة مرضية. كما وجدوا أيضاً أن نسبة ٩% من مجموعة مدمنى الخمور من الرجال يعانون من أوهام الغيرة المرضية. هذا وتوجد نسبة عالية من المصابين بأوهام الغيرة المرضية بين الأفراد الذين يعانون من الخبل العقلى بما فيه خبل الشيخوخة dementia of old age. ومن النادر أن نجد مريضاً بالزهيمر alzheimer لا يتهم شريك حياته بالخيانة. فكان هناك مثلاً أحد هؤلاء المرضى يتهم زوجته التى توفيت منذ عشرة سنوات بالخيانة الزوجية مستنداً على أدلة غير معقولة بالمرة، وكانت تعانى من شلل نصفى استمر فترة طويلة. ويقول الباحثون المتخصصون فى هذا المجال أن مرضى أوهام الغيرة المرضية delusional jealousy patients – بخلاف سائر مرضى الأوهام المرضية الأخرى – بإمكانهم البقاء أو العيش خارج مستشفيات الصحة النفسية، لهذا فهناك خطورة على زوجاتهم أو أزواجهن وهم الضحايا المنتظرين، وبخاصة وأن المرضى من هذا النوع ينكرون كلية بأنهم يعانون من مرض عقلى ما[11]، ويلاحظ ان الغيرة التى تحدث فى حالات الوهم أو الضلال المرضى delusional disorder قد تظهر تدريجياً أو فجأة. وعند ظهورها الفجائى يلاحظ على الشخص علامات وشواهد أولية تبدو كمقدمات لهذا المرض مثل الحيرة والشك وكثرة التفكير والتأمل يصحبها حالة مزاجية مهيأة لهذه الأوهام delusional

---

(١١) من أهم عوامل التميز بين المصابيين والذهانين (الذين منهم مرضى الأوهام المرضية بما فيها أوهام الغيرة) أن المصابين يقتنعون بأنهم مرضى أما الذهانيين فهم ينكرون المرض كلية بالرغم من أن تصرفاتهم أكثر غرابة وشذوذا من تصرفات العصابيين.

mood ، تتمثل فى اللامبالاة والانطواء ، والتى كثيرا ما تعد نذيراً لظهور الأوهام المرضية الفعلية.

ويعتمد استمرار حالة الغيرة الطبيعية على الظروف التى قد أدت إليها كالمواقف، الاجتماعية المسببة لها وتفسير الفرد الغيور لهذه المواقف، وقد تنتهى هذه الغيرة عندما تختفى ظروف الإثارة التى أدت إليها ، وربما تتفاقم الحالة إذا ما انجذب شريك الحياة نحو الطرف الثالث المنافس ، وذلك بخلاف الغيرة المرضية والتى كثيراً ما تستمر فى شكلها العصابى طوال حياة الفرد الذى يعانى من العصاب ، أما الغيرة الناتجة عن الوهم أو الضلال delusional jealousy فقد تستمر أيضاً مع الفرد الذى يعانى من المرض العقلى طوال عمره، إلا أنها ربما تزداد أو تقل حدتها تبعاً للعلاج الذى يتناوله ، على أن أسوأ أنواع هذه الغيرة وأخطرها هو الناتج عن البارانويا بسبب عدم ظهور أى مظاهر أو علامات مرضية أخرى عادة على المريض تستوجب الحذر منه ، هذا بالإضافة إلى أنه لا يكون هناك تدهور يذكر فى قدرات المريض المعرفية كسائر أنواع الذهان الأخرى مما يمكنه من حسن تدبير جريمة الاعتداء.

التفسير النفسى لحالات الغيرة المرضية:

The psychopathology of morbid jealousy

لا تزال ظاهرة الغيرة المرضية موضع جدال وسوء فهم بين الدارسين بالرغم مما ظهر فى مجال التحليل النفسى من نظريات تفيد بالفهم الكلى لهذه الظاهرة، ويتضح هذا فى مقالات فريمان Freeman (١٩٩٠) فى وصفه لما قد كتبه "فرويد" بعنوان "بعض الميكانيزمات العصابية عن الغيرة والبارانويا والجنسية المثلية، والتى يميز فيها بين الغيرة من النمط العصابى والنمط الذهانى (الضلالى) .. فهو يعتقد بأن الغيرة الناتجة عن النمط العصابى إنما ترجع إلى رغبة جنسية طبيعية نحو الجنس الآخر كانت مكبوتة فيما قبل الشعور واللاشعور ثم إظهارها وإخراجها نحو الزوج أو الزوجة، أما الغيرة الناتجة عن النمط الذهانى أو الوهم المرضى أو الضلالى فهناك من يرى بأنها كانت فى الأصل رغبة جنسية مثلية،

وهناك من يقول بوجود ميكانيزمات نرجسية narcissistic في نشأة الغيرة وتطورها نتيجة عملية تعويض دفاعى بديل لحب الطرف الآخر.

وهكذا نجد عددا من التفسيرات النظرية للغيرة ، وكلها فروض تفتقر إلى الأدلة التجريبية مما دعى علماء السلوكية إلى إنكارها، وهي لا توضح بالمرة الأصول السيكلوجية للغيرة ولا لطبيعة علاقتها على وجه الدقة بالبارانويا. وساعد على هذا أيضاً أن التهيج الانفعالى الذى كان يعانى منه مرضى الغيرة الذهانيين قد اعاق قدامى المحللين النفسيين (ومنهم فرويد) عن قبول حالات كثيرة من هؤلاء المرضى وبالتالى إلى نقص المعلومات المستمدة من التحليل النفسى لفرويد واتباعه فى هذا المجال.

التشخيص الفارق للغيرة الناتجة عن الوهم المرضى
The differential diagnosis of delusional jealousy

هناك بعض جوانب يجب أن تؤخذ فى الاعتبار عند تشخيص وجود الأوهام المرضية للغيرة منها:

(١) **وجود مشكلات زوجية:** على الأخصائى النفسى أو السيكاترى محاولة التوصل إلى أصل هذه المشكلات، وأسبابها والظروف الاجتماعية والأحداث المؤثرة على حياة الأسرة ، فربما يكون سببها وجود خيانة زوجية بالفعل ، وفى هذه الحالة تكون اتهامات المريض لشريك حياته طبيعية، أما فى حالة عدم وجود خيانة زوجية فيمكن اعتبار هذه الاتهامات عرضاً مرضياً قد يكون مكملاً لأعراض أخرى ذهانية.

(٢) **الإعاقة العقلية:** قد تهئ هذه الإعاقة المجال لظهور الغيرة المرضية ، فالشخص المتخلف عقلياً عادة ما يصطدم بالآخرين وكثيراً ما يشك فى شريك حياته بسبب عدم قدراته على فهم دوافع سلوك الناس أو تفسير تصرفاتهم.

(٣) **الفصام:** يؤدى مرض الفصام – وبخاصة النوع البارانويدى – إلى ظهور مختلف الأوهام المرضية بما فيها الغيرة المرضية وأوهام الاضطهاد والعظمة.

(٤) **اضطراب الوجدان الرئيسى:** major mood disorder يمكن أن تحتوى

نوبات الاكتئاب الحادة ذات الطـــابع الذهـــانى depressive episodes of psychotic intensity على أعراض الغيرة المرضية المرتبطـــة بمشـــاعر النقص الشديد . كما أن مريض الهوس قد يتعـــرض أيضـــاً لأوهـــام الغـــيرة المرضية ويعبر عنها بطريقة فجة صارخة.

(٥) **اضطرابات الشخصية:** قد تظهر بعض معالم الغيرة المرضيـــة فـــى هـــذه الاضطرابات وبخاصة فى الشـــخصيات التاليـــة: البارانويديـــة، الشـــيزويدية والشخصية المضادة للمجتمع والشـــخصية الهســـتيرية (النمـــط الاســـتعطافى histrionic والنرجسية narcissistic).

(٦) **اضطرابات العصاب القهرى:** ويكون النمط الغالب من الغـــيرة فـــى هـــذا العصاب هو الغيرة المرضية ذات الطابع العصابى.

(٧) **الإدمان:** حيث تشير الدراسات إلى وجود علاقة بيـــن إدمـــان الكحوليـــات والامفيتامينات أو الكوكايين وظهور الغيرة المرضية ونموها، ولا يشـــترط أن تظهر الغيرة المرضية أثناء تعاطى هذه المواد بل قد لا تظهر إلا بعد التوقـــف عن تعاطيها فترة طويلة.

(٨) **اضطرابات المخ العضوية:** organic brain disorders استطاع مونـــى Mooney (١٩٦٥) أن يكتشف وجود علاقة بين كثير من حـــالات العجـــز الوظيفى للمخ وظهور الغيرة المرضية: كإصابات الفص الصدغى الذى كثـيراً ما يصحبه أيضاً وجود أوهام مرضية أخرى. ومن المعروف كذلك أن بعـــض حالات الصرع قد يصحبها أوهام الغيرة المرضية.

(٩) **العجز أو الضعف الجنسى:** عندما يتعرض أحد الزوجين لمشكلات صحيـــة أو جنسية تمنعه من الأداء الجنسى الضرورى لحياته الزوجية مـــع الطـــرف الأخر فقد تنتابه الشكوك عن كيفية إشباع الطرف الأخر لحاجاتـــه الجنســـية، وهنا يمكن أن تنشأ الغيرة المرضية، هذا وقد تتفاقم حالة الزوج العاجز جنســـياً إذا ما كان مدمناً – فى نفس الوقت – للكحوليات أو المخدرات.

هذا وقد تظهر أوهام الغيرة المرضية دون وجود أى من الأعراض السابقة وذلك بسبب معاناة الشخص من البارانويا أو الاضطراب الوهمى المرضى: نمـــط

الغيرة المرضية delusional disorder: jealousy subtype ، وفى هذه الحالة يتم تشخيصها بكتابة هذا الاسم الأخير.

ومن الضرورى دراسة تاريخ الحالة فى عمليات التشخيص السيكاترى، إلا أن إجراء هذه الدراسة قد يكون صعباً مع مرضى الأوهام المرضية وبخاصة فى حالاتهم المتدهورة. لأن مثل هؤلاء المرضى لا يعترفون عادة بأنهم مرضى ويرفضون التحدث مع الأطباء، كما أن زوجات الرجال المرضى قد لا يستطعن الإدلاء بكل البيانات الضرورية عنهم خوفاً من تهديداتهم. لذا فإيداع مثل هؤلاء المرضى بالمستشفيات - إذا أمكن ذلك - قد ييسر إلى حد ما من جمع الكثير من المعلومات الضرورية عن تصرفاتهم وما تعكسه عن حالاتهم العقلية والانفعالية.

وقد تراوحت نسبة مرتكبى جرائم القتل من بين مرضى أوهام الغيرة المرضية فى المجتمع الأمريكى بين ٢ و ٤% معظمهم من الرجال ، وهناك نسبة من هؤلاء المرضى يقدمون على الانتحار بعد ارتكابهم لجرائمهم (سيفيرد Shephered ١٩٦١ وموات Mowat ١٩٦٦) .

هذا ويتعين على الطبيب أو الإحصائى النفسى عندما يتبين وجود مثل هذه الحالة المرضية للغيرة ان ينبه شريك الحياة (الزوج أو الزوجة) عن الخطر الذى يمكن أن يتعرض له من أجل أن يوفر لنفسه الحماية اللازمة ، وقد يكون من الأفضل حجز المريض بمستشفى الصحة النفسية إلى أن تقل خطورته، إلا أن هذا قد يكون صعباً فى بعض الحالات التى لا تظهر فيها آثار المرض بوضوح وبخاصة عندما يكون المريض شخص ذو مكانة اجتماعية ويحاول إخفاء أوهامه وهواجسه مؤقتاً كى يبدو أمام الآخرين بالمظهر اللائق لهذه المكانة.

علاج ومآل أنماط الغيرة لمرضية:

يختلف علاج كل نمط باختلاف حالة الغيرة المرضية، ففى حالات الغيرة التى ترجع إلى المشكلات الأسرية ووجود اضطرابات فى الشخصية وحالات الضعف الجنسى يمكن استخدام أساليب التوجيه والإرشاد النفسى بما فيها من علاج معرفى وسلوكى (تارير وزملاؤه tarrier et al (١٩٩٠) هذا بالإضافة إلى أى

علاج عضوى مطلوب لأداء الوظيفة الجنسية.

وفيما يتعلق بعلاج الغيرة المرضية ذات النمط العصابى فيقـــول ميونـــرو Munro (١٩٩٩) انه قد حدث تحسن ملحوظ فى علاجها الدوائى أخيراً وبخاصـــة تلك الغيرة المصحوبة ببعض معالم العصاب القـــهرى obsessional features (١٢).

وقد يتقبل مرضى الغيرة العصابيين العـــلاج الدوائـــى بســـهولة ، إلا ان مرضى الغيرة ذات النمط الذهانى والناتجة مثلاً عـــن الفصـــام أو الاضطرابـــات الوجدانية mood disorders أو الاضطرابات الناتجة عـــن الأوهـــام المرضيـــة delusional disorders فهم لا يتقبلون العلاج الدوائى (١٣) بسهولة ويرفضونه ، لهذا يحتاج الأمر إلى محاولة إقناعهم واكتساب ثقتهم وبخاصة فى بداية العلاج. كما يحتاج الأمر أيضاً إلى برنامج إرشادى علاجى مطول بعد العلاج الدوائى.

---

(١٢) in the so-called 'neurotic' type of morbid jealousy there has been a decided improvement in outlook in recent years, especially if the disorder has obsessional features. In these cases, there have been a number of reports of successful treatment with specific serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants (Lane; ١٩٩٠; Gross, ١٩٩١ ; Stein, Hollander and Josephson, ١٩٩٤).

(١٣) Schizophrenia and major mood disorders should respond to neuroleptics and antidepressants . Persistent substance abuse requires detoxification followed by prolonged counselling and involvement in self-help programmes . If delusional jealousy still persists after the substance abuse has ceased, neuroleptic treatment should be initiated.

الفصل الخامس

الأوهام الجسمية المرضية
Hypochondriacal Delusions

تتجه المجتمعات الحديثة في بعض الدول النامية إلى الاهتمام بأمور الصحة العامة لمواطنيها كتحسين نوعيات الغذاء وتشجيعهم على ممارسة الرياضة البدنية ، وتوعيتهم فيما يتعلق بنظافة البيئة وكيفية تجنب المواد السامة أو الضارة بالإنسان ، وتعد هذه الإجراءات أموراً طيبة من جانب الدول التي تشجع عليها ، إلا أنها قد يكون لها آثاراً سلبية على بعض الأفراد المنشغلين بصحتهم أكثر من اللازم ، فربما يبالغون في هذا الانشغال ويميلون إلى تضخيم أي أعراض صغرى أو آلام طفيفة يشعرون بها وكأنما هي أعراض لأمراض خطيرة تسبب لهم آلاماً مبرحة ، وقد يقتنع بعضهم تمام الاقتناع بأنهم مرضى بأمراض كالسل أو السيلان أو السرطان أو الأنيميا الخبيثة ، وتعرف هذه الحالة بالأوهام الجسمية المرضية ، ويمكن تعريفها أيضاً باسم الاضطرابات الناتجة عن الأوهام المرضية أو الاضطرابات الضلالية : النمط الجسمي [1] delusional disorders : somatic subtype.

ويلاحظ أن كثيراً من الأفراد الذين يعانون من هذه الحالة يظلون على اعتقادهم بأنهم مرضى مهما أثبتت الفحوص الطبية سلامة أجسامهم أو حاول الأطباء إقناعهم بأنهم أصحاء ، ومثل هؤلاء قد يميلون إلى التعبير عن صراعاتهم وآلامهم النفسية بالشكوى من أعراض جسمية .

---

(١) تطلق هذه التسمية طبقا للدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية الطبعة الرابعة (Diagnostic and statistical Manual Disorders (4 th ed DSM – IV على أساس أن هذه الأوهام قد تلازم أحياناً مرضى البارانويا أو الاضطراب الضلالي .

ولتوهم المرض الجسمي أساليب متنوعة موضحة في هذا الفصل : فهناك مرضى نفسيين يبدون تخوفاً غير معقول من المرض الجسمي وهو ما يعرف بفوبيا المرض disease phopia ، وهناك آخرون يبدون استعداداً أكثر من اللازم للاعتقاد بأنه مرضى بالفعل وهو ما يعرف بالاقتناع بالمرض disease conviction . كما أن بعض المرضى قد يعاني من اضطراب في صورة الجسم body image disturbance حيث يكون هناك عادة شكلان لهذا الاضطراب : أولهما الاعتقاد بوجود عجز أو تشوه جسمي dysmorphic Belief وفيه يكون الفرد مقتنعاً تمام الاقتناع بوجود عيب في تكوينه الخلقى malformed بشكل ما ، أما الشكل الثاني فهو مبالغة الشخص في تضخيم أحاسيسه والاعتقاد بأنها دليل على وجود أمراض خطيرة لديه ، ويعرف هذا بالإحساس المرضي coenaestheslopathy ، كأن يغزو الشخص وجود حكة جلدية لديه أو ألم بسيط إلى معاناته مثلاً من مرض جلدى كالجرب أو الجدرى ، وقد تكون مثل هذه التفسيرات مراحل أولية من وهم التعرض للحشرات الزاحفة.

خصائص مريض الأوهام الجسمية المرضية:

قال المريض للطبيب : عندى صداع مستمر .. ووجع في سمانة رجلي .. وفي ظهري .. وزى شكشكة في طراطيف صوابعي .. ومعدتي مش كويسة والكبد مش منتظم مع المرارة وكان المريض كلما اقتنع بأن هذا العضو سليم أو ذاك تبعاً للفحوص الطبية والتحاليل اشتكى من عضو آخر .. وهكذا .. ويقول الطبيب بأنه كان لا يستمر على علاج يوصف له ، بل وكثيراً ما لا يحضر في أوقات الاستشارات الطبية ، وكان يبدو في قرارة نفسه وكأنه لا يريد أن يتخلص من هذه الأعراض رغم شدة وتكرار شكواه منها.

كما تثبت أيضاً الفحوص الطبية أنه لا توجد أعراض جسمية حقيقية تفسر شكوى المريض ، وعادة ما تكون هناك صراعات ومشكلات نفسية يمكن أن ترشد الطبيب أو الأخصائي النفسي إلى أساس هذه الشكوى.

وقد ينخدع الطبيب غير النفسي بشكوى المريض في بداية الأمر ظناً منه

أنه يعاني من مرض عضوى بالفعل ، إلا أنه مع الفحص الطبى والمتابعة – وعدم وجود آثار ملموسة للمرض العضوى الذى يدعي المريض وجوده – قد يتضح للطبيب أن المرض ليس عضوى بل هو نفسي ، ويمكن أن يؤكد هذا أيضاً وجود خصائص أخرى تميز مريض الأوهام الجسمية المرضية ولعل من أبرزها هو تكرار الشكوى والإصرار عليها بالرغم من طمأنته من الطبيب .

والشخص المصاب بتوهم المرضى هو شخص قلق فى طبيعته ، وقلقه هذا قد لا يقتصر على الانشغال المستمر الذى يبديه نحو جسمه ، بل الواقع أن هذا الانشغال يعد بمثابة تعبير – أصابه النقل أو الإزاحة – عن إحباطات وضغوط نفسية لديه ، أى أن قلقه أو توتره قد انتقل فتركز حول مجال محسوس هو جسمه ، وهذا من شأنه أن يفسر لنا عجز متوهم المرض الجسمي على أن يتقبل علاجاً كاملاً لمشكلته الصحية ، كما قد تكون الأوجاع والأعراض التى يشكو منها لا رابط بينها أو علاقة كى تشخص كلها فى مرض واحد معين كما هو موضح فى المثال السابق.

وعادة ما ينتقل متوهم المرض من طبيب إلى آخر ، ويجرب الأخصائى بعد الأخصائى ، إلا أنه يتجنب على الدوام التماس العلاج لدى المختصين بعلاج الأمراض النفسية ، حيث يرى أن علته طبية وليست سيكياتريه ، وقد يصحب هذا الرفض التكبر وأوهام العظمة من بعض المرضى ، فقد رفض مثلاً أحدهم التوجه إلى طبيب الأمراض النفسية قائلاً بأنه قد يفيد غيره من " الناس ممن فى رؤوسهم خلل " أما هو فليست لديه أى مشكلات نفسية ، كما علل عجز خبراء الطب على أن يجدوا أساساً عضوياً للأعراض التى يشكو منها إلى تخلف أساليبهم الفنية ، وكان يقول أحياناً لأصدقائه أن مرضه من الندرة بحيث يعجز عن علاجه الطب الحديث.

وهناك حالة مرضية أخرى لطالب كان يفسر أحاسيسه الجسمية تفسيرات كيميائية خاصة ، حتى وصل به الحال إلى تشخيص خاص وهو أنه قد أصيب بشيخوخة مبكرة ، وظل يتتبع هذا الافتراض ويثبته بتاريخ عائلى وحقائق كيميائية صحيحة تتعلق بتمثيل المواد الدهنية وترسيبها وأحداثها لتصلب الشرايين ، وادعى بأنه قد عالج نفسه منه بفيتامين (هـ) وشفي ، وأن هذه أول حالة من نوعها

فى العالم.

وقد يتسم بعض المرضى بالانطوائية ، لذلك فالحياة بالنسبة لهم فى عـالم ضيق محدود مقصور على تركيزهم على أعضائهم المريضة والتفكير فى أحسـن أنواع العلاج المناسب لها أو التردد على الأطباء أفضل عندهم وأقل مشـقة مـن الانخراط فى الحياة الاجتماعية ، ولكن مع هذا الخوف من الاختلاط بالآخرين نجد أن المريض يشعر بالسرور والارتياح حينما يبدى الآخـرون تعاطفـاً واهتمامـاً بأعراضه الجسمية.

والمريض يشبه فى هذا الشخص المصاب بعصاب الهستيريا حينما يبعـده العرض الهستيرى مؤقتاً عن مشكلاته ، وحيث يسعد ويهدأ عندما يجد تعاطفاً مـن الآخرين ، ويتمثل هذا العرض عادة فى أعراض عضوية كالعجز عن الحركـة أو الإحساس (الشلل الهستيرى أو الصمم الهستيرى) .. ويكون أساسها نفسى حيث أن أعضاء الجسم سليمة.

ومع هذا فهناك اختلافات بين مريض الهستيريا ومريض الأوهام الجسمية ، منها انعدام الاهتمام المناسب من مريض الهستيريا بأعراضه المرضية التى يبديها، فى حين إن متوهم المرض الجسمى يهتم بها وقد يشعر أحياناً بالكآبة لأنه يعـانى نوعاً من العجز أو القصور ، كما أن العرض الهستيرى قد يختفى فى أثناء النوم أو نتيجة للحركات الفجائية التى يجبر عليها المريض أحياناً من بعض المتخصصـين فى العلاج السلوكى .

ومما يؤثر عن الطبيب العربى ابن سينا فى هذا الصدد أنـه كـان يـدفع المرضى أحياناً إلى هذه الحركات الفجائية وقد أخبره أحد أصحاب السلطان يومـاً بأن جارية عنده قد أصابها الشلل فى ذراعها اليمنى وهى فى وضع الامتداد إلـى أعلى فلم تعد تستطيع أن تثنيها أو تخفضها ، فأمر ابن سينا بأن تستدعى للمثول بين يدى السلطان ، وفى حضرة البلاط وعليه القوم اندفع ابن سينا نحوها وهو يتظاهر بأنه سيرفع عنها ثوبها ليعريها أمام الحاضرين فإذا بالجارية وفى حركـة سـريعة تلقائية تخفض ذراعها الأيمن لتضغط به ثوبها وتثبته على جسمها ، وبذلك شـفيت الجارية من مرضها وأصبحت تحرك ذراعها اليمنى التى كان قد أصـابها الشـلل

الهستيرى.

ومع هذا كله ينبغى الحرص والتأنى قبل تشخيص الحالة بأنها وهم جسمى مرضى ، لأن هناك أمراضا عضوية حقيقية قد لا تظهر بوضوح وبخاصة فى مراحلها الأولى ، وقد يخطئ بعض الأطباء فى تشخيصها على أنها أوهاما جسمية مرضية ، ومنها أمراض مثل :

التصلب المتناثر multiple sclerosis

الثعلبة (الذئبة الحمراء) systemic lupus erythematosus

الوهن العضلى الوخيم myasthenia gravis and porphyria

الأمراض النفسية المرتبطة بالتوهم الشديد للمرض الجسمى:

psychiatric illnesses associated with severe somatization

قد يكون توهم المرض هذا سمة من سمات شخصية الفرد دون وجود ما يشير إلى أنه يعانى من أعراض نفسية مرضية أخرى ، إلا أنه كثيرا ما يصحب هذا التوهم وبخاصة إذا ما كان شديدا حالات نفسية أخرى ، كما أن هذا لا يمنع من تعرض الفرد له كمرض مستقل بذاته فى صورة اضطراب وهمى مرضى يعرف بذهان توهم المرض الجسمى الأحادى [1] monosymtomatic hypochondriacal psychosis or MHP، ويمكن حصر الأمراض النفسية التى قد تصحب التوهم الشديد للمرض الجسمى فى الآتى:

(١) القلق النفسى
(٢) الاكتئاب
(٣) عصاب الوسواس القهرى
(٤) الفصام

---

(١) يعرف أيضا بالاضطراب الناتج عن الوهم المرضى (الاضطراب الضلالى) النمط الجسمى delusional disorder : somatic subtype

(٥) اضطرابات الشخصية المختلفة [٢] various personality disorders
(٦) حالات الخبل أو العته العقلى

وقد يصب حالات توهم المرض الجسمى أحياناً وجود مرض جسمى أو أعراض عضوية بسيطة ، إلا أن المريض يبالغ فى شكواه منها وقد يضيف إليها أعراض أخرى غير موجودة . وعلى هذا ينبغى على المتخصصين فى المجال الطبى والنفسى أن يدركوا جيداً أن توهم المرض الجسمى لا يشكل ظاهرة نادرة الحدوث ، بل هو أمر شائع وبخاصة بين المرضى النفسيين من الفئات السابقة .

ويوجه ميونرو Munro (١٩٩٩) عدة نصائح للطبيب غير المتخصص فى الطب النفسى كى يستطيع تمييز مرضى الأوهام المرضية الجسمية من بين الأفراد الآخرين الذين يعانون من الأمراض الجسمية الحقيقية ، منها :

(١) يجب أن تعي جيداً بأن توهم المرض الجسمى هو عرض شائع ومألوف ويمكن أن يوجد بدرجات مخففة حتى بين الأفراد الأسوياء .
(٢) لا تنسى عند الفحص العضوى لأى مريض أن تخصص جزءاً من الوقت للتعرف على حالته العقلية والنفسية .
(٣) حاول الكشف عن وجود تناقض ما بين شكوى المريض وتاريخ الحالة ونتائج الفحوص الطبية .
(٤) لاحظ أن كثيراً من مرضى الأوهام المرضية مزعجين ويتمسكون بآرائهم بإصرار.
(٥) إذا كان هناك تاريخ مرضى عضوى (ويمكن معرفته بحصر الأمراض العضوية التى تعرض لها الفرد بالفعل) فهو عادة لا يرتبط بشكوى المريض الحالية عن المرض العضوى الذى يدعى وجوده.
(٦) من الأفضل حصر العمليات الجراحية التى تعرض لها الفرد وبخاصة فى مراحل الطفولة ، كما يجب كذلك التعرف على حالات الإدمان .

---

(٢) وهى الاضطرابات التى لا تبلغ حد العصاب أو الذهان كما هو معروف كالشخصية الهستيرية أو النوابية أو الفصامية وهكذا

(٧) الشخص الذى يعانى من توهم المرض يشكو من أعراض جديدة باستمرار ، كما انه لا يطمئن مهما حاول الأطباء طمأنته.

(٨) يمكن فى الحالات الخفيفة لتوهم المرض من التعرف على بعض الدوافع الخفية والمكاسب التي قدِ يجنيها المريض من شكواه ، أما فى الحالات الذهانية فلا يمكن التعرف عادة على مثل هذه الدوافع.

(٩) لا يستطيع الطبيب غير المتخصص فى الطب النفسى من التوصل إلى علاج للمرض ، وعادة ما تزداد شكوى المريض مع علاج هذا الطبيب وإدعاءاته بالشعور بالتدهور.

صورة الجسم واضطرابها body image and its disorders:

صورة الجسم هي ببساطة فكرة الشخص عن خصائصه وقدراته الصحية البدنية أو العضوية، [١] فصورة الجسم لا تعنى فقط فكرة الإنسان عن مظهره ولكنها قد تمتد أيضاً كي تضم معان أخرى مثل مدى إدراكه أو تقديره لقوته وحجم جسمه وقدراته على ضبط أعصابه والتعبير عن انفعالاته ، ومقياس الذكورة أو الرجولة إذا ما كان الشخص رجلاً أو الأنوثة إذا ما كانت امرأة ، كما تشمل صورة الجسم ، أيضاً تصور الشخص لمدى ما يتمتع به من صحة أو مقدار ما يعانيه من مرض.

والشخص الذى يحتفظ بصورة معقولة لصحته تبعث على شعوره بالأمن والاستقرار يقاوم إلى حد ما يشعر به من تغيرات عضوية بسبب المرض أو التقدم فى السن أو الإصابة ، كما أنه لا يظهر اهتماماً أكثر من اللازم بصحته ، أما الأشخاص الذين هم عرضه للوهم المرضى فهم عادة ما يبدون قلقاً نحو المرض الجسمى سواء كان موجوداً أو متخيلاً ، لذلك فهم منشغلون دائماً بكيفية التخلص من هذا المرض . وتوهم المرض العضوى قد ينشأ لدى الأشخاص المصابين ببعض الأمراض النفسية وبخاصة مرض الاضطراب الوهمي المرضى (الاضطراب

---

(١) تستخدم عددا من المفاهيم الأخرى فى هذا الصدد مثل : مفهوم الشخص عن جسمه body concept أو التصور النفسى عن الجسم somatopsyche أو صورة جسم الانا image of the body ego

الضلالى) delusional disorder أو البارانويا الذين يحتفظون في ذاكرتهم بصورة جسمية غير سوية لأنفسهم ، وهم كثيراً ما يبحثون عن أساليب غير ملائمة لاسترجاع صحتهم.

والخلاصة أن صورة الجسم هذه لها معان متعددة تختلف من شخص لآخر وتتميز بأنها ذات طبيعة غير ثابتة ، وهى تتضمن انشغالاً معقولاً من الفرد بجسمه ووظائفه وأموره الصحية ، وهو أمر قد يكون موجوداً عند بعض الأشخاص الأسوياء ، إلا أن تزايد هذا الانشغال أكثر من اللازم يعد من علامات المرض النفسى.

طبيعة الأوهام الجسمية المرضية والبارانويا:

لم يكن الوهم بالمرض الجسمي معروفاً أيام كريبلين Kraepelin بالرغم من اكتشاف البارانويا وسهولة التعرف عليها جيداً فى ذلك الوقت كمرض يتضمن مشاعر العظمة والاضطهاد . إلا أن تزايد المعلومات التى أمكن جمعها من نتائج البحوث فى العشرين سنة الماضية قد أدى إلى اكتشاف توهم المرض الجسمى عند بعض مرض النفس ، وتوصل الباحثون إلى أنه قد ينشأ أحياناً كأحد حالات البارانويا كما هو موضح فى الدليل التشخيصى الاخصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة (١٩٩٤) Diagnostic and Statistical Manual Disorders (4 th ed DSM – IV) ، وسرعان ما انتشرت البحوث حول هذا الموضوع والذى أثار اهتمام أطباء الأمراض العضوية أكثر من أطباء الأمراض النفسية باعتبار أن الأطباء العضويين هم أول من كانوا يستقبلون الحالات التى يشكو أصحابها من المرض الجسمى الوهمى .

وقديماً كانت هذه الحالات تشكل للأطباء العضويين صعوبات بالغة سواء فى التشخيص أو العلاج ، وبالرغم من التوصل إلى معرفة الأمراض السيكسوماتية psychosomatic وانتشار مفاهيمها فى منتصف القرن العشرين – وهى الأمراض الجسمية الناتجة عن الحالات النفسية – إلا أنه لم توجه فى ذلك الوقت اهتمامات تذكر نحو الأوهام الجسمية المرضية إلا عندما نشر الطبيب النفسى

السويدى أيكبوم Ekbom (١٩٣٨) أعماله الرائدة فى هذا المجال يصف فيها بعض الحالات التى يشكو أصحابها من أمراض عضوية أثبتت الفحوص الطبية أنها غير موجودة بالمرة ، وأيدته فى هذا سكوت Skott (١٩٧٨) – وهى أيضاً سويدية – والتى صادفت مرضى يؤكدون وجود حشرات تسير تحت جلودهم ، أو تشوهات فى أجسامهم ، أو أنهم تنبعث منهم روائح كريهة أو أنهم قد تعرضوا لأمراض خطيرة كالسرطان دون وجود ما يثبت ذلك ، وكان يعانى أيضاً من مثل هذه الحالات وأشباهها بعض مرضى الفصام والاكتئاب الذهانى والعته العقلى dementia وأمراض أخرى عقلية.

وقد يسود أحياناً نوع واحد من هذه الأوهام السابقة بحيث يصبح عرضاً أساسياً مع أوهام أخرى أقل أهمية إلى جانبه وذلك فى حالات ذهان توهم المرض الجسمى ، ويعرف هذا الذهان بأنه آحادى البعد monosymptomatic hypochondriacal psychosis(MHP) . وقد تم تمييز هذا الذهان خلال عام (١٩٨٧) واعتبر أحد حالات البارانويا وذلك عندما أعيد تسميتها فى ذلك الوقت بالاضطراب الضلالى delusional disorder واعتبرت مرضاً ذا طبيعة واحدة ولها أنماط فرعية ، حيث يسود فى كل نمط وهم رئيسى معين على سائر الأوهام الأخرى التى قد تكون موجودة مع هذا الوهم الرئيسى ، وهذه الأنماط هى :

نمط الغيرة المرضية jealousy subtype ونمط الأوهام الجنسية المرضية erototomanic subtype والأوهام الجسمية المرضية (أو النمط الجسمى) somatic suptype والنمط الاضطهادى persecutory subtype ونمط العظمة grandoise subtype ، هذا ويتكون النمط الجسمى بدوره من أنماط أخرى فرعية تبعاً لنوع الوهم المسيطر على المريض .

ويقول ميونرو Munro (١٩٩٩) إننا عندما نقارن أى حالة وهم جسمى مرضى بأخرى تتضمن أوهاماً مرضية يضمها مرض البارانويا – كأوهام العظمة أو الاضطهاد أو الغيرة المرضية – فسوف نجد تشابها ملحوظاً فى الجوانب الأساسية المكونة لأى منهما ، بصرف النظر عن محتوى الوهم نفسه . ويكون هذا التشابه عادة فى كيفية تكون الوهم ومدى ارتباطه بأفكار المريض السابقة قبل

المرض ، ودرجة اقتناع المريض بوهمه المرضى وانشغاله بـه وتـأثيره علـى سلوكه، هذا بالإضافة إلى أنه قد يصحب أى من أوهام العظمة أو الاضطهاد أوهاماً أخرى جسمية مرضية عند المريض ، وقد عرضنا فى هذا الفصل نموذجين لحالتين تضم كل منهما وهماً جسمياً مرضياً إلى جانب وهم العظمة.

ويشير بيريوس Berios (١٩٨٢) إلـى أن مرضـى الأوهـام الجسـمية المرضية يصرون على طلب العلاج ، وهم يكثرون من شكواهم عـن أمراضـهم الجسمية التى يدعون وجودها وعما يشعرون به من آلام أو يرونه أو يستنشقونه من أشياء غير طبيعية ، وهذه الشكوى لا تعبر عادة عن هلاوس وإنما عن أوهام ناتجة عن أخطاء فى الإدراك delusional misperception أو سوء تفسير لأحاسيسهم ، ومن الخصائص البارزة لهؤلاء المرضى هو التوتر والقلـق وبخاصـة عنـدما تعتريهم نوبات الشكوى من المرض الجسمى أو مناقشتهم له ، إلا أنهـم يهـدأون لمجرد تحويل المناقشة إلى موضوع أخر . ويميل بعضهم إلى الشعور بالاضطهاد والنبذ واليأس من استمرار حالتهم الجسمية المرضية (التى يدعونها) دون شـفاء ، كما قد تراود قلة منهم أحياناً أفكار الميل إلى الانتحار.

فكثيراً ما يوصف مرضى الأوهام الجسمية المرضـية بـأنهم مزعجـون لأنفسهم ولمن حولهم وقد يعانى بعضهم من قلة النوم بسبب توترهم واضـطرابهم وأيضاً بسبب الأنشطة الليلية التى قد يمارسها بعضهم من أجل العلاج ، ومنها مثلاً ما يرتبط بتطهير وتنظيف أجسامهم وملابسهم من القـاذورات والحشـرات التـى يدعون وجودها ، وقد قال أحدهم للأخصائى النفسى : إن شقتى هى الوحيدة التـى تظل مضاءة بالأنوار طوال الليل فى الحى كله لأنى أغسل ملابسى عدة مرات فى الليل.

كما أن هناك أيضاً كثيرين من مرضـى البارانويـا مـن ذوى الأوهـام الاضطهادية يغلب عليهم التوتر والغضب ، وهم مزعجين لأنفسهم ولغيـرهم مـن الناس بسبب شكوكهم المستمرة وتفكيرهم المتواصل فى مدى مـا يدعونـه مـن اضطهاد لهم وظلم ورغبتهم فى الانتقام ، وهم يرفضون – مثل مرضى الأوهـام الجسمية المرضية – مساعدة الأطباء النفسيين . كما أن إدمان الخمور والمخدرات

قد يؤدى إلى هذين النوعين من الأوهام حيث لوحظ من نتائج الدراسات أن مدمنى الخمور والمخدرات من الجنسين هم أكثر من غيرهم عرضة للأوهام المرضية المميزة للبارانويا أو الاضطراب الضلالى وفقاً للتصنيف الحديث للأمراض النفسية وهذه الأوهام هى :

أوهام الغيرة المرضية وكذا الأوهام الجسمية والجنسية والعظمة والاضطهاد المرضية . هذا وتصف الحالة التالية مريض بالبارانويا يعانى من أوهام جسمية مرضية خاصة بالتشوه : delusional disorder , somatic subtype . with dysmorphic delusion.

رجل عمره ٢٦ سنة أحيل إلى عيادة الطب النفسى لأنه توجه إلى عيادة الجراحة العامة طالباً من الطبيب إجراء جراحة تجميل له بوجهه ، إلا أنه رفض فثار المريض وهاجمه ، كما هاجم أيضاً اثنين من الممرضات كانتا مع الطبيب محاولاً ضربهما ، ولم يتمكن من ذلك حيث تم القبض عليه وتسليمه لأهله عندما تبين للشرطة أنه غير متزن فى تصرفاته . وقد اصطحبه أبويه إلى العيادة الطبية النفسية.

وعند الطبيب النفسى قال المريض أنه كان يتوق طيلة السنوات الثلاث الماضية إلى إجراء جراحة تجميل فى وجهه ثم أصيب بخيبة أمل شديدة عندما لم يتمكن من ذلك ، وكان يعانى من لازمة حركية بسيطة فى نصف وجهه الأيسر اعتقد أنها لن تزول إلا بجراحة تجميل فى وجهه ، وشكى بأن الناس يتغامزون عليه ويهزأون به بسبب هذه اللازمة الحركية . وبالرغم من محاولة الأطباء الجراحين الذين عرض عليهم نفسه إقناعه بان الجراحة لا تزيل مثل هذه اللازمة إلا أنه كان مصراً تماماً على رأيه . وأخيراً لما أخبره الطبيب الموجود بعيادة الجراحة العامة أن هذه اللازمة الحركية غير ملحوظة ولا تزول بالجراحة وأن أسبابها نفسية تملكه الغضب وثار عليه .

وقد تبين أن المريض كان يتعاطى أحياناً المهدئات ونبات القنب الهندى ، وكان يعانى من أوهام الإشارة (والتى تمثلت فى اعتقاده بأن الناس يتحدثون عنه ويشيرون إلى لازمته الحركية) وأيضاً أوهام اضطهادية حيث كان يعتقد بأنه

موضع سخرية واحتقار من أهله ومن يعرفونه بسبب هذه اللازمة الحركية التى يعانى منها ، هذا إلى جانب أوهامه الجسمية المرضية. ولم يقتنع هذا المريض أول الأمر بقدرة الطب النفسى على مساعدته ، ولكنه بعد مناقشات طويلة ومتكررة وافق على تناول العلاج بجرعات مخففة فى البداية تفادياً للآثار الجانبية [1] ، واستمر فيه إلى أن تحسنت حالته تدريجياً ، وبعد عام تقريباً زال عنه انشغاله الكبير بوجهه ولم يعد يخفيه عن أعين الناس أو يتحدث عن رغبته فى إجراء جراحة تجميل له .

أنواع محتوى الأوهام الجسمية المرضية:

تقع النسبة الكبرى من الأفراد الذين يعانون من الأوهام الجسمية المرضية فى الفئات التالية:

(١) أوهام مرضية تتعلق بالجلد أو البشرة delusions regarding skin وبخاصة تلك التى تتضمن الاعتقاد بوجود حشرات غير مرئية تسير على الجلد أو تحته enfestation delusions.

(٢) أوهام خاصة بالقبح أو تشوه الشكل delusions of ugliness or misshapenness (dysmorphic delusions)

(٣) أوهام عن انبعاث روائح كريهة من الجسم delusions conserning body odour or halitosis

(٤) أوهام أخرى خاصة بأمراض جسمية معينة ، كشكوى الشخص من وجود مرض فى أسنانه أو معدته أو قلبه ، أو أنه قد تعرض لانتشار مرض خبيث بجسمه، أو لعدوى يمكن أن تكون مرض الإيدز نفسه.

هذا وعادة ما تظهر الأوهام الجسمية المرضية بأنواعها فى أى سن ابتداءً من المراهقة وما بعدها ، وذلك بخلاف ما كان معتقداً من قبل من أنها لا تظهر إلا فى مرحلة متوسط العمر والشيخوخة ، وقد تظهر هذه الأوهام فجأة أو على نحو

---

(١) neuroloptics

تدريجي وبطريقة خبيثة بحيث تتمكن من الرسوخ قبل أن تكتشف وربما تـزمن إذا لم يتلقى المريض الإرشاد النفسى أو العلاج المناسب فى بداية ظهورها **ويمكن إيضاح أنواعها الرئيسية كالآتى:**

١- **أوهام تتعلق بوجود أمراض جلدية dermatology** : يذكرنا فان موفيرت Van Moffaert (١٩٩٢) بأن العلاقة عادة ما تكون وثيقة بين البشرة أو الجلد والحالة النفسية للإنسان ، حيث هناك ارتباط جينى وظيفى بينهما ، فجلد الإنسان له اتصال بالبيئة الخارجية عن طريق الإحساس باللمس أو الحرارة أو البرودة أو الألم، فهو يستجيب لهذه البيئة بصفة مستمرة ، كما أنه يستجيب أيضاً للبيئة الداخلية وبخاصة الانفعالات كما يظهر هذا مثلاً فى احمرار الوجه أثناء الخجل أو وجود حكة جلدية فى بعض حالات التوتر النفسى . وقد كتب المتخصصون فى الأمراض الجلدية والطب النفسى عن هذا الموضوع ، ويمكن حصر حالات الأوهام المرضية أو الضلالات فى هذا المجال فى الآتى:

أ- أوهام زحف الحشرات فوق البشرة أو تحتها: delusions of skin infestation by insects حيث يؤكد المريض وجود حشرات تزحف على سطح جلده أو من داخله ويصفها تبعاً لأحاسيسه الجلدية وذلك كمحاولة منه لإقناع سامعيه بأنها موجودة بالفعل ، فإذا ما قال مثلاً لمن يسمعونه بأنها تسير على بشرته وأكدوا له بأنهم لا يرونها رد عليهم بقوله : لابد أنها تسير أسفلها ويمكن اعتبار أن هذا نوع من الهلوسات الجلدية ، إلا أن ميونرو (١٩٩٩) يرى بأن شدة اقتناع المريض برأيه وتصويره الدقيق لوجود الحشرات يدفعنا إلى القول بأن مثل هذه الاعتقادات أقرب إلى الأوهام المرضية أو الضلالات منها إلى الهلاوس ، وهناك من يعتبرها ضلالات مرتبط بهلاوس بصرية .

ب- أوهام بتحرك طفيليات تحت البشرة: delusions of parasites burrowing under the skin يقول المريض بأن هناك ديدان صغيرة تتحرك تحت جلده ، ويعتقد أحياناً بأنها منتشرة خلال جسمه ، أو أنها تنتقل من مكان لآخر داخله ، فقد كانت هناك مثلاً مريضة تعتقد بوجود هذه الديدان فى

أرجلها وأنها تنتقل إلى ثدييها بضعة أيام من الشهر كي تتزاوج ، ومن الأدلة التي كانت تبرهن بها على صحة اعتقادها هذا أن ثدييها كان يتضخمان قبيل الدورة الشهرية ، وكانت تحس بوجود هذا الانتفاخ فيهما (كانت المريضة تعاني من التهاب مزمن في الثديين إلا أنها كانت تعزو تورمهما إلى فترة تزاوج الديدان وتنكر بشدة تورمهما في أي وقت ما آخر خلاف هذه الفترة).

جـ- أوهام بوجود أجسام غريبة تحت الجلد: delusions of foreign bodies usder the skin ويختلف المرضى في وصف هذه الأجسام التي يحاولون إقناع الآخرين بوجودها تحت جلودهم ، فقد يقرر مريض بأنها عبارة عن حبات من الرمل وأخر يقول بأنها أشياء تشبه بذور النباتات وثالث يشعر بأنها أجسام معدنية.

وهناك مرضى يجدون لديهم دافعاً قوياً لاقتلاع هذه الأشياء أو الأجسام من تحت جلودهم ، ويحكونها بعنف شديد لاستخراجها وقد ينتج عن هذا إصابات في أجسامهم.

د- أوهام الروائح الكريهة : delusions of foul odour حيث يشكو المريض من روائح كريهة تنبعث منه ، وقد يعزوها إلى عرقه الشديد أو إلى أن عرقه غير طبيعي ، وربما يرجعها مريض أخر إلى عوامل عضوية أو جلدية.

هـ- أوهام عن وجود عجز مزمن في الإحساس بواسطة الجلد chronic cutaneous dysaeshesia وأحياناً اللسان.

هذا ويمكن أن يحدث أي من هذه الأعراض السابقة في الاضطرابات النفسية عصابية كانت أم ذهانية ويلاحظ أن الأوهام بالعجز عن الإحساس الجلدي المزمن أقل شيوعاً من أوهام زحف الحشرات أو انتشارها في الجلد وترتبط هذه الأوهام الأخيرة بحالات مرضية مثل : اضطرابات الشخصية والقلق وعصاب الوسواس القهري وأيضاً الاضطراب الضلالي أو البارانويا .

هذا وقد يصل الحال عند بعض المرضى بأوهام الحشرات الزاحفة إلى حد استخدام كمادات من ماء مغلي أو مواد كاوية من اجل اقتلاع الحشرات من مخابئها، أي الأماكن التي تختبئ فيها داخل جلودهم ، وهم يصرون على تكرار هذه

الأساليب المؤذية من أجل الشفاء بالرغم من فشلهم فى تحقيق أهدافهم ، وبالرغم أيضاً من معاناتهم من الآلام والالتهابات الجلدية نتيجة لذلك.

وقد يخجل بعض المرضى من الطفيليات التي يتوهمون وجودها في جلودهم ، وهناك من يخشى منهم أن يسببوا عدوى للآخرين بها ، والنتيجة في الحالتين هى العزلة الاجتماعية ، وبعض المرضى قد يزيلون شعور رؤوسهم بالأمواس ويقصون أجزاء كبيرة من أظافرهم حتى قرب قواعدها بطريقة تشبه الخلع بحجة وجود حشرات صغيرة كالقمل تحت أظافرهم أو جلود رؤوسهم . وهناك امرأة في الخمسين من عمرها اقتلعت أظافرها بحجة عزمها على إظهار هذه الحشرات.

وبالرغم من هذه المعاناة الخاصة بالانشغال بالأوهام الجلدية المرضية فقد يستمر بعض المرضى فى حياتهم اليومية العادية دون أن يفطن الآخرون بآلامهم وأوهامهم . واستمرار المرضى على هذا النحو دون تلقى العلاج المناسب – نفسياً كان أو طبياً – قد يؤدى إلى تعرضهم إلى حالات اكتئاب حقيقية ، وأزمان حالة توهم المرض الجلدى.

ويقول " ميونرو " (١٩٩٩) أن هناك مرضى من هذا النوع استمروا بحالتهم هذه أكثر من خمسة عشر عاماً ولا يزالون يحاولون البحث عن أطباء ممتازين في مجال الأمراض الجلدية رافضين التوجه إلى أخصائيين في الطب النفسى لإصرارهم على الاعتقاد بأن مرضهم هذا هو مرض عضوى بحت ، وكثير من المرضى يكونون مقتنعين تمام الاقتناع بأوهامهم المرضية هذه بالرغم من غرابتها ، وهو اقتناع يشوبه الغطرسة والتكبر من مرضى البارانويا الذين يعانون من هذه الأوهام الجلدية المرضية ، شأنهم فى هذا الشأن سائر المصابين بالبارانويا الذين يعانون من أوهام أخرى كأوهام الاضطهاد أو الغيرة المرضية.

حالة مرضية : اضطراب ضلالى : النمط الجسمى مع أوهام زحف الحشرات على الجلد delusional disorder : somatic subtype , with delusions : of infestation

المريضة سيدة في أواخر الأربعينات من عمرها ، طلقت من زوجها منذ

اثنى عشر عاماً ، ومنذ ذلك الحين تعرضت لضغوط نفسية ، ثم أصيبت بحكة في كل أجزاء جسمها بسبب اعتقادها بوجود حشرات تتحرك تحت جلدها ، وبالرغم من إنها لم ترى أثاراً لمثل هذه الحشرات إلا أنها كانت مقتنعة تماماً بوجودها وتؤكد بأنها تتعرض للدغها باستمرار.

وعرضت نفسها على كثير من أطباء الأمراض الجلدية دون أن تتحسن حالتها من العلاج الذى كانوا يصفونه لها . ويقو طبيب أسرتها أن كل هؤلاء الأطباء لم يجدوا أى دليل على وجود الحشرات التى تدعى وجودها .

وتركت هذه السيدة عملها وانسحبت من الحياة الاجتماعية تدريجياً ، وكانت تستحم باستمرار نهاراً وتستيقظ ليلاً من نومها أيضاً كي تستحم ، بل وتغسل ملابسها في اليوم الواحد عدة مرات ، بسبب اعتقادها في وجود هذه الحشرات بالرغم من محاولات أهلها إقناعها بأنه ليس هناك على جسمها حشرات بالمرة.

وقد استخدمت هذه السيدة كثيراً من المساحيق والمراهم والتركيبات الكيميائية المختلفة لعلاج بشرتها مما تدعى وجوده من الحشرات ، كما استخدمت المادة التى تزيل البقع من الملابس مما أدى إلى تعرضها لتسلخات جلدية بسبب ذلك، وقد حاولت في إحدى المرات استخدام مبرد حديد لإزالة النتوءات التى تكونت على جلدها نتيجة لهذه التسلخات والتى كانت المريضة تعزوها إلى الحشرات ، إلا أنها لم تستطيع أن تستمر في محاولاتها بسبب تعرضها لآلام شديدة .

ويتضح من مراجعة السيرة الذاتية لهذه المريضة بأنها كانت قد عانت من طفولة غير سعيدة يشوبها التوتر والقلق ، كما حاولت الانتحار بابتلاع جرعات كبيرة من الدواء وهى فى سن المراهقة ، ولها أخت تعرضت أيضاً في طفولتها لمشكلات نفسية.

وفى أثناء المقابلة الإكلينيكية كانت تبدو مقتنعة تماماً بأوهامها المرضية بالرغم من أن حديثها فى شتى الموضوعات الأخرى غير المتعلقة بأوهامها كان

يبدو معقولاً ومتزناً ولم يتأثر بهذه الأوهام ، وقد رفضت تلقى أى مساعدات من الطبيب النفسى باستثناء تناولها دواء يعالج هذه الحالة [١] وبعد أسبوعين من تناوله شعرت بأن كمية الحشرات قد قلت ، وبعد خمسة أسابيع تقريباً قالت بأنه لم تعد هناك حشرات تسير تحت جلدها ، إلا أنها أكدت بأنها كانت موجودة قبل ذلك ، واستأنفت المريضة حياتها الاجتماعية بعد الشهر السادس من العلاج .

٢- أوهام التشوه dysmorphic delusions

قدمنا في بداية هذا الفصل الاهتمامات غير المعقولة التى يبديها بعض الأفراد بصحتهم واعتقادهم بأنهم يعانون من أمراض جسمية معينة بالرغم من خلوهم منها كما تثبت هذا الفحوص الطبية ، ويعرف هذا بالاعتقاد الوهمى الجسمى المرضى ومن أنواعه التي عرضناها النمط الجلدى بمظاهره المختلفة ، وهناك أيضاً نوع آخر هو الاعتقاد الوهمى في تشوه الجسم أو ضلال تشوه الجسم delusion of dysmorphic ، حيث يكون الفرد صورة شاذة غير معقولة عن جسمه ، وهذا الاعتقاد الخاطئ قد يكون ذهانياً (أى ناتج عن مرض عقلى) أو غير ذهاني وذلك تبعاً لقوته ونوع التشوه المتوهم ، فالاعتقاد الراسخ مثلاً من شخص ما بأن وجهه مثل وجه القرد أو البقرة يختلف مثلاً من مجرد شك آخر بأن حجم أنفه يميل إلى الكبر . أى أن هذا الاعتقاد أو ذاك يمكن أن يعبر عنه صاحبه أما بشكوى عادية أو يظهر على صورة وهم عقلى مرضى أى ضلال .

وقد أشار الباحثون إلى هذه الفكرة في وصفهم لوهم التشوه الجسمى وتقسيمهم لحالاته إلى حالات عصابية وأخرى ذهانية ، كما ميز فيليبس وزملاؤه Phillips et 'al (١٩٩٩) بين الاعتقادات الوهمية الذهانية الخاصة بالتشوه الجسمي وغير الذهانية قائلين بان هذه الاعتقادات يمكن أن تقع على بعد واحد متصل يمثل أحد طرفيه الاعتقادات الذهانية والطرف الآخر غير الذهانية ، ويرى

---

(١) neuroleptic

توماس Thomas (١٩٩٠ ، ١٩٩٥) أن خواف التشوه dysmorphopia أيضاً له شكل ذهاني وآخر غير ذهاني.

وكما هو الحال في سائر أنواع الأوهام المرضية الأخرى يظهر وهم التشوه الجسمي في بادئ الأمر بطريقة تدريجية غير ظاهرة . حيث يعتقد الشخص في بادئ الأمر بأن شكله غير مقبول ويظل يفكر في عيوب مظهره إلى أن يصل به الحال إلى الاعتقاد بأن هناك تشوه ما في جسمه ، ثم يعزو هذا التشوه إلى أسباب غير موجودة في الواقع.

ويصر الشخص على رأيه دون أن يعبأ بآراء الآخرين وانتقادهم المستمر له ومهما قدموا له من الأدلة التي تثبت خطأ رأيه أو اعتقاده.

وتختلف الحالات فيما يتعلق بنوع التشوه من مريض لآخر ، فهناك من يعتقد مثلاً بأن وجهه قد أصبح قبيحاً بسبب اعوجاج أنفه أو فمه أو ذقنه أو أذناه أو لأن هذه الأعضاء أكبر أو أصغر من اللازم ، أو أن هناك أجزاء أخرى من جسمه أيضاً أكبر أو أصغر من اللازم كالثديين أو الأرداف (لدى النساء) أو الرأس أو القدمين أو الأصابع.

هذا وقد ينصب اهتمام المريض على الجسم كله معتقداً بأنه أصبح نحيفاً جداً أو سميناً جداً وذلك في حالة فقدان الشهية العصبي anorexia nervosa أو حالة الجوع المرضي bulimia (بروزينسكي pruzinsky ١٩٨٨) ، ومن الملاحظ أن تشخيص وهم التشوه الجسمي ليس بالأمر السهل . وبخاصة وأن هناك تأثير اجتماعي صار يوجه رأى الناس في أيامنا هذه نحو الشكل الأمثل لجسم الإنسان ، فقد أصبحت النحافة مثلاً معيار رئيسي للحكم على الجمال بالنسبة للسيدات ، كما ظهرت معايير أخرى للشكل المهندم إلى جانب الملبس كتقاطيع الوجه وتسريحات الشعر والقوام مما أدى إلى إمكانية ظهور حالات من عدم الرضاء عن الشكل بين بعض الأطفال (سالمونز وزملاؤه salmons et al ١٩٨٨).

هذا وقد يتوجه بعض المرضى الذين يعانون من أوهام التشوه المرضية إلى إجراء جراحات تجميل بدافع من قوة اقتناعهم بشدة ما يعانونه من هذا التشوه ،

ولسوء الحظ كثيراً ما يهمل الجراحون تأثير العوامل السيكلوجية على هؤلاء المرضى ، ويتسرعون في إجراء الجراحة حتى ولو كانت غير ضرورية . لذا يجب أن يكون هناك تنسيق كاف بين جراح التجميل والطبيب النفسي لفحص المتقدمين لإجراء هذه الجراحات جيداً حيث يجب ألا تجرى إلا عندما تكون ضرورية وليس بسبب أوهام التشوه الجسمي .

٣- أوهام الشم المرضية **delusions of smell**

كتب فريز فيليبس Pryse – Phillips وهو متخصص في طب الأعصاب عام (١٩٧١) عن موضوع عنوانه " أعراض عصبية ترجع إلى حاسة الشم olfactory reference syndrome وكان يقصد بهذا العنوان وصف اضطراب يرجع إلى الهلاوس الشمية hallucination of smell ، وذلك بعد دراسته لما يقرب من ١٤٠ حالة يعاني أصحابها من هذه الهلاوس ، حيث أوضح أنه يمكن تقسيم المرضى الذين يعانون منها إلى أربع مجموعات هي:

(١) مرضى من الاكتئابيين
(٢) مرضى من الفصاميين
(٣) مرضى صرع الفص الصدغي temporal lope epilepsy
(٤) مرضى تنحصر بمشكلاتهم النفسية على هذه الأعراض فقط وقد يغلب عليهم أحياناً بعض المظاهر الاكتئابية.

وقد يظهر بعض الجدل حول طبيعة هذه الأعراض ، وهل هي هلاوس أم ضلالات وكان هناك من الباحثين من قرر بأنها ضلالات أمثال : بيشوب ودافيدسون Bishop & Davidson (١٩٨٠) ومكرجي Mukherjee (١٩٨٢) حيث قدموا وصفاً لحالات من ذهان الهوس والاكتئاب وأيضاً من البارانويا (الاضطراب الضلالي) ظهرت فيها هذه الأعراض التي عرفت بأنها أوهام شمية مرضية.

وهناك باحثون يعتقدون بأن هذه الأعراض هي هلاوس وتظهر عند مرضى صرع الفص الصدغي حيث يشكو هؤلاء المرضى من شم روائح كريهة

في بعض الأحيان إلا أنهم يقولون بأنها لا تنبعث منهم، أما في الحالات الذهانية الأخرى عندما يؤكد المرضى أن الروائح الكريهة تنبعث منهم ويعطون أوصافاً لها فأنه في هذه الحالة يمكن اعتبارها هلاوس وأيضا أوهماً مرضية أو ضلالات هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى نجد أن هناك مرضى يؤكدون بأن الناس يبتعدون عنهم بسبب روائح كريهة تنبعث منهم إلا أنهم لا يستطيعون وصف هذه الروائح، وفي هذه الحالة يمكن القول بأنهم يعانون من أوهام مرضية أو ضلالات وليس من هلاوس. ويعزى المرضى عادة هذه الروائح إلى أسباب عدة كالعرق أو خروج رياح من أمعائهم أو من تنفسهم.

وهناك عدة أسماء تطلق على هذه الظاهرة منها الآتي:

الإوهام المرضية للشم delusions of small ، مجموعة أعراض الأوهام المرضية الخاصة بالشم olfactory delusional syndrome ، وهلاوس النفس الكريه hallucinatory halitosis .

هذا ويصف أيوا و اكباتا Iwu and Akpata (١٩٨٩) وميونرو Munro (١٩٩٩) بعض مرضى الأوهام الشمية المرضية الذين كانوا يعالجونهم كالآتي:

١ – تظهر بداية المرض في سن صغيرة نسبيا (٢٥ سنة في المتوسط) حيث يسيطر اعتقاد انبعاث روائح كريهة من الفرد على تفكيره.

٢ – أغلب المرضى ذكور غير متزوجين.

٣ – لم يسبق تعرض أى منهم لمرضى نفسى.

٤ – يبحث كل مريض عن علاج طبى وليس نفسى.

٥ – مرضى البارانويا المصابين بهذه الأوهام تظل شخصياتهم متكاملة كما يحافظون على علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين.

٦ – يعانى بعض المرضى من الاكتئاب كعرض ثانوى.

ويرى هذان الباحثان أن الأوهام الشمية المرضية عادة ما تظهر لدى مرضى ذهان الهوس والاكتئاب، ومرضى الفصام (وبخاصة الفصام البارانويدى) ومرضى البارانويا أو الاضطرابات الضلالية).

نموذج الحالة:

سيده عمرها ٦٣ عاما، اعتادت أن تشكو من أعراض لأمراض جسمية تتناوبها غير واضحة المعالم، وقد عرضت نفسها على طبيب باطني قائلة له وهي تبكي بأنها تعاني من مشكلة مرضية خطيرة في أمعائها يترتب عنها إخراج روائح كريهة جدا بصفة مستمرة، لذلك فالناس يبتعدون عنها بل ويهربون منها أحيانا.

وكانت ترى أن الناس الذين تضطرهم الظروف للجلوس معها في المناسبات يضعون أيديهم على أنوفهم كي لا تصل إليهم الروائح الكريهة المنبعثة منها ثم يبادرون بالابتعاد عنها. كما خيل إليها في إحدى هذه المناسبات أن رجلا عجوزا ينطق باسمها ثم يقول لمن حوله لا تجلسوا معها لأنها تنطلق منها رائحة كريهة.

وقد أوقفت اتصالاتها بالناس ولم تعد تزور أحدا حتى من أبنائها المتزوجين لأنها كانت ترى أن أحفادها كانوا يبتعدون أيضا عنها ويضعون أيديهم على أنوفهم عندما يرونها، وكانت ترى أن الشخص الوحيد الذي لا يشمئز منها هو زوجها ولكنه معذور في رأيها بسبب فقدانه للإحساس بالشم لأنه كان يعاني من التهاب الجيوب الأنفية المزمن.

هذا وبالفحص الطبي وإجراء التحاليل الضرورية - وأيضا باستشارة بعض الأطباء المتخصصين - لم يجد الطبيب أي علل عضوية بأمعاء المريضة، وعندما أخبرت بذلك ازدادت شكواها واعتقدت أن طبيبها غير كفؤ لعلاجها لأنها كانت متأكدة تماماً من وجود مرض في أمعائها يسبب خروج روائح كريهة منها.

ومع استمرار اعتقادها هذا ازدادت مشاعر خجلها من الناس وانعزلت عنهم وراودتها أفكار الانتحار لأن حياتها أصبحت جحيما لا يطاق على حد قولها، وقد وصف لها الطبيب علاج دوائي ضد القلق، ولما لم يجدى معها تم وصف لها علاج آخر مضاد للاكتئاب دون أن تتحسن حالتها، وأصبحت شاردة الذهن وبدا عليها حالات من الانشغال الفكري الدائم انتهت بتناولها لجرعات كبيرة من المهدئات بقصد الانتحار ، ونقلت على أثرها إلى مستشفى الصحة النفسية، وبعد إنقاذ حياتها تمت دراسة تاريخ حياتها بدقة، ثم شخصت حالاتها بأنها بارانويا أو اضطراب ضلالي، النمط الجسمي، المتميز بوجود أوهام شمية مرضية، delusional disorder somatic subtype characterised by a delusion of smell

ووصف لها الطبيب الدواء[1]، وبعد أسبوعين من تناوله تلاشت تقريبا شكواها من هذه الرائحة، وبعد خروجها من المستشفى كانت تواظب على تناول علاجها تلقائيا دون ضغط من الآخرين، وقالت بأن الرائحة قد اختفت وعادت المريضة إلى ممارسه حياتها الاجتماعية. وبعد عام من العلاج أوقف الطبيب من تناولها له عندما تأكد أنها بحالة جيدة، إلا أنها عاودتها مرة أخرى فكرة الرائحة الكريهة بعد حوالى ثلاثة أسابيع من إيقافها للعلاج. واستأنفت نتيجة لذلك تناول الدواء وفقا لنصيحة الطبيب وتحسنت حالتها ولم تعاودها هذه الأوهام بعد ذلك.

٤ - أوهام خاصة بأمراض جسمية معينة

وهى متعددة ومن أمثلتها:

أ) أوهام الوجه والأسنان المرضية :

delusionsof dental abnorma lity/ dental pain

وصف مارباش Marbach (١٩٧٨) نوعا من هذه الأوهام يعرف بأعراض القضمة الكاذبة أو غير الكاملة phantom bite syndrome قاصدا بها شعور الشخص بعدم الانقباض الكامل لأسنان فكيه العلوى مع السفلى، وبالتالى إحساسه بعدم الكفاءة فى مضغ الطعام، ويعبر الشخص عن عجزه هذا بإصرار شديد بالرغم من طمأنته من أطباء الأسنان بسلامة أسنانه وعدم وجود مبرر عضوى فى الفم أو الأسنان لهذه الشكوى، وكلما طمأنه طبيب أسنان ازداد فى إصراره وعناده متوجها إلى طبيب آخر. وقد يصر بعض المرضى على خلع عدد من أسنانهم أو دروسهم للتخلص من هذه الحالة ولكن دون نتيجة تذكره.

ويقول مارباش وزملاؤه Marbach .et al (١٩٨٣) أن مثل هذه الحالات قد تظهر عند بعض الأشخاص الذين يعانون من الإحباط الشديد بسبب مشكلاتهم النفسية التى ربما ترجع إلى عوامل اقتصادية أو اجتماعية، كالتعرض مثلا لخسائر مالية كبيرة أو منازعات قضائية قد ينتج عنها أضرارا جسيمة لهم. ويرى "ماربلش" أنه ينبغى على أطباء الأسنان دراسة كيفية تمييز مثل هؤلاء المرضى بالوهم

---

[1] a suitable neuroleptic was instituted (Munro, 1999, P. 94)

وتجنب إجراء جراحات لهم، وهو يوصي بالعلاج النفسي لمثل هذه الحالات قبل العلاج الطبي الخاص بالأسنان.

وهناك أيضا من مرضى الشعور الكاذب بعدم انقباض الأسنان من يعتقد بأن أحد فكيه مشوه وأن الناس يلاحظون عليه هذا التشوه، وبالرغم من محاولة أطباء الأسنان إقناعه بعدم وجود أساس لاعتقاده هذا إلا أنه يصر على رأيه وينتقل من طبيب لآخر في محاولة لإجراء جراحات تجميل للتخلص من التشوه.

ومن أمثلة الأوهام المرضية الغريبة في هذا الصدد شكوى عجوز يعاني من تصلب في شرايين المخ بأن شعرا كثيفا بدأ ينمو على شكل دوائر على طقم أسنانه الأعلى كما أيدت شكواه أيضا زوجته التي استطاع إقناعها بذلك. إلا أن شكواه اختفت نهائيا بعد ثمانية أسابيع من العلاج ، وتعبر هذه الحالة عن نموذج لشكوى من أجزاء صناعية مكملة لأعضاء جسم الإنسان (طاقم الأسنان) وليست من أعضاء الجسم الطبيعية.

ب) أوهام مرضية خاصة بفقدان الشهية العصبي/ أو الشره العصبي:

قد يكون فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي من الأمور الشائعة لدى بعض الأفراد، ولا يترتب عنهما بالضرورة أوهام جسمية مرضية، إلا أن هناك نسبة ضئيلة من هؤلاء الأفراد قد يعانون من أوهام جسمية مرضية أحادية البعد تتركز عادة حول المظهر والوزن وتناول الطعام، ومثل هؤلاء الأفراد تتكون لديهم أفكارا غريبة عن الغذاء، ومن الضروري محاولة تمييزهم عن الآخرين الذين لا يعانون من هذه الأوهام.

ج) أوهام انتقال العدوى الجنسية المرضية:

delusions of sexually transmitted disease

يتردد الأفراد المصابين بهذه الأوهام على عيادات الأطباء يشكون من أمراض جنسية تثبت الفحوص الطبية خلوهم منها، وتزداد قوة هذه الأوهام لدى مرضى الذهان من حيث شدة الاقتناع وغرابة الشكوى. وتظهر هذه الأوهام لدى مرضى الوهم الضلالي (أو البارانويا) أو الفصام أو الذهان الاكتئابي المصطلح، وكان المرض الذي يتوهم أغلب هؤلاء المرضى الإصابة به هو السيلان، أما الأن

فقد كثرت الشكوى من الايدز AIDS . وقد وصف الــرو Alro (١٩٨٨) حالــة يشكو صاحبها من الايدز ومع هذا كانت تبدو عليه أوهام العظمة والاضطهاد وهــى أكثر الأوهام تمييزا لمرضى البارانويا، كما وصف أيضا باحثون آخــرون حــالات توهم المرض الجنسى مصحوبة إما بهوس واكتئاب أو بمخاوف مرضية واكتئــاب أو بقلق وغضب.

وقد وجد بهانجي وماهونى Bhanji & Mahony (١٩٧٨) أن مثل هؤلاء المرضى يستجيبون العلاج الطبى النفسى، ومعظمهم يحالون من عيادات الأمراض التناسلية إلى العيادات النفسية.

حالــــة:

شاب عمره ٢٤ عاما قال بأنه قبل سيده منذ ثلاثة أشهر، وأنه نتيجة لذلــك مرض بالإيدز، ولكنه عندما عرض نفسه على العيــادة الطبيــة أكــدت الفحــوص والتحاليل الطبية أنه يخلو تماما من أى مرضى جنسى، ومع هذا ظل مصرا علــى شكواه مدعيا أنه مصاب بالإيدز، وظل يتردد يومياً على العيادة الطبية طالبــا مــن العاملين فيها أن يهتموا بأمره. إلا أنهم هددوه بأنهم سوف يستدعون الشرطة ما لــم يكف عن إزعاجهم وتعطيلهم عن العمل.

وازداد قلقه وتوتره، ووصـــف لــه طبيــب الأســرة دواء يعــرف باســم بنزوديازبين benzodiazepine ، ولما لم يسفر عن تحسن ما تم عرضـــه علــى عيادة طبية نفسية وشخصت حالته فيها بأنها عصاب وسواس قهرى مع قلق شــديد، وعولج بدواء آخر(١). إلا أنه بعد ثلاثة أيام تناول جرعة كبيرة منه بقصد الانتحـــار وتعرض لغيبوبة نقل أثرها إلى مستشفى الصحة النفسية وتم إسعافه ولوحظ أن شــدة اقتناعه بأنه يعانى من مرضى الإيدز قوية بحيث تجعله فى عداد الذهانيين، فمظاهر العصاب القهرى والقلق التى كانت تبدو عليه أحيانا لم تكــن إلا أعراضــا ثانويــة لذهان يعانى منه.

وبالرغم من أنه كان يظهر عليه التوتر العصبى ونفاذ الصبر والضيق عنــد الحديث عن وهمه المرضى إلا أنه كان يبدو هادئـــا متزنــا عنــد مناقشــته فــى

---

(١) serotonergic antidepressant (Munro, 1999, p. 98)

موضوعات أخرى، وعلى هذا شخصت حالته بأنها بارانويا أو اضطراب ضلالي مع توهم المرضى الجنسى المعدى (الإيدز). delusionaldisorder, somatic (subtype, with a delusion of sexually transmitted disease (AIDS
ثم تقرر له علاج آخر مناسب لحالته[1]، وبعد أسبوع من تناوله لهذا العلاج الجديد وجدت جثته بجوار سور فناء المستشفى بعد أن طعن نفسه بمدية حادة بجوار الرقبة، وقال أحد زملائه المرضى رآه قبل يومين من انتحاره بأنه كان هادئا وطبيعيا، ولكنه كانت تنتابه نوبات من التوتر الشديد والضيق عند الحديث معه عن إصابته بمرض الإيدز حيث كان يصر بشدة على رأيه بأنه يعاني من هذا المرض الخطير.

---

(1) neuroleptic.

الفصل السادس

أوهام سوء التعرف
Delusions of Misidentification

ويطلق عليها أحيانا اسم مجموعة أعراض سوف التعـــرف delusional misidentification syndrome ، وقد تظهر هذه الأوهام بشـــكل نقـــى pure form حيث تكون العرض الرئيسى فى المرضى النفسى وتعتـــبر بذلـــك أوهامـــا مرضية أو ضلالات أولية. أو قد تسبقها أوهاما أخرى أو هلاوس (متعلقـــة أيضـــا بسوء التعرف) وتعتبر فى هذه الحالة أوهاما مرضية أو ضـــلالات ثانويـــة. ومـــن الأمراض المعتاد أن تظهر فيها هذه الأوهام الفصام والاكتئاب الذهانى والزهـــايمر alzheimer disease . والأربع أنماط التالية من أبرز أنواع هذه الأوهام:

١ – أعراض مرض كابجراس capgras syndrome

وهو مرضى يجعل المصاب به حين يقابل شخصا يعرفه معرفة جيدة يؤكـد أن الشخص الذى قابله ليس هو الشخص الذى يعرفه، وإنما هو شخص آخـــر قـد انتحل لنفسه تلك الصفة واتخذ لنفسه مظهر الشخص المعروف وهيئته الخارجية.

٢ – أعراض مرض فريجولى frégoli syndrome

والمصاب بهذه الأعراض يعتقد أن أعداؤه أو الأشخاص الذين يضطهدونـــه يتنكرون عن طريق تغيير ملامح وجوههم كى يشبهون أشخاصا آخرين لا يعادونـــه ويعرفهم جيدا.

٣ – وهم تحول الناس إلى بعضهم البعض intermetamorphosis

حيث يتوهم المريض بأن الأشخاص الذين يعرفهم قـــد تحولـــت أشـــكالهم ليشبهوا بعضهم البعض، فهو يعتقد مثلا بأن صديقه حســـن قـــد تغـــيرت ملامحـــه وأصبح يشبه صديقه فتحى تماما الذى قد تغيرت ملامحه وأصبح يشبه زميله علـــى تمام الشبه وهكذا ويتضمن هذا التشابه أيضا كل جوانب السلوك والطباع.

٤ – وهم التشابه الذاتى subjective doubles

حيث يعتقد المريض بوجود شخص ما يشبهه تمام الشبه فى الشكل والسلوك والطباع.

هذا ويوجد أحيانا كثير من الخلط والالتباس بين وهم الشعور بالتغير depersonalization ، ووهم تغير الكون derealization وأوهام سوء التعرف، كما تتلون ردود فعل المريض لهذه الأوهام بخلفيته الثقافية والاجتماعية على أن هناك من هؤلاء المرضى من يظهر لديه أعراض تدفعه نحو العدوان أو العنف حيث يشعرون بالاضطهاد ويعتقدوَن بأن الشخصية التى ظهرت بديله لشخصية أخرى تتنكر لإيذائهم، وقد يتملكهم الغضب الشديد ويهاجمونها (سيلفا وزملاؤها Silva and Colleagues ١٩٩٢) .

وظهور أعراض سوء التعرف على المريض النفسى قد يدل على تدهور فى حالته. وتشير بعض البحوث إلى ارتباط أوهام سوء التعرف المرضية بوجود تلف فى أماكن معينة من المخ وبخاصة فى الجانب الأيمن من النصفين الكرويين، وقد قدم كل من جوزيف Joseph (١٩٨٦) وسنجر Singer (١٩٩٤) الأدلة الموضحة لهذا، وتبين الحالة التالية نموذجا لأوهام سوء التعرف المرضية من نوع كابجراس:

رجل عمره ٥٤ عاما كان يعالج من ارتفاع ضغط الدم ويعانى من نوبات قصيرة الأمد من الاضطراب والتهيج الانفعالى. وقد شعر بالتوتر وأصبح كثير الشك، وفجأة هاجم جاره بعنف مدعيا أنه يشبه شخصا محتالا كان يتجسس عليه. وعندما تجمع السكان وسألوه عما يضايقه وكيف يمكن أن يتحول جاره إلى شخص مخادع، كان غامضا فى ردوده، وأدخل المستشفى للعلاج النفسى من حالة أوهام سوء التعرف وبعد أن هدأت حالته نسبيا تلقى علاجا آخر لضغط الدم المرتفع إلى جانب العلاج النفسى بعد تنسيق تم بين الأطباء المتخصصين. وقد احتفت حالة التوتر والهياج التى كان يعانى منها بعد عشرة أيام من العلاج. وأمكن له أن يتحدث مع جاره بهدوء تام ودون آثار للوهم المرضى الذى كان يعانى منه واختفت حالة الغضب التى كانت مسيطرة عليه.

هذا وقد تم إجراء فحص سيكولوجى عصبى neuropsychology حيث وجد أنه يعانى من عجز معرفى بسيط وأيضا عجز فى المجال الإدراكى.

الفصل السابع

أوهام الاضطهاد وأوهام العظمة

موضح فى هذا الفصل طبيعة هذين النوعين من الأوهـــام عنـــد مرضـــى النفس وبخاصة مرضى البارانويا أو الاضطراب الضلالى وكذا دورهما فى تهيئـــة الإنسان لأعمال العنف فى بعض المجالات الاجتماعية كمجال السياسة والجريمة.

أوهام الاضطهاد المرضية persecutory delusions

من أنماط التفكير البارانويدى اعتقاد الفرد بأنه مضطهد، حيث يـــرى أنـــه معرض للأخطار من آخرين، فهم مثلا سوف يقتلونه بالسم أو يضربونه أو يؤذونـــه بشكل ما من الأشكال. والاعتقاد المستمر بأن الشخص حوله أنـــاس خطريـــن، وأن العالم ملئ بالشر والعدوان يمثل أفكارا بارانويديه من النمط الاضطهادى، وقد توجـــد مثل هذه الأفكار لدى مرضى الفصام البارانويدى فى بدايـــة تعرضـــهم للمـــرض. وهى تشير إلى عدم قدرة المريض على الفهم الحقيقى للناس وإمكانية التعامل معهم. لذلك يميل المريض كذلك إلى أن يحمل الآخرين مسئولية أخطائه أو ما يقع فيه مـــن مشكلات، وهو أسلوب تفسيرى للأحداث يعرف بـــ "كبش للفـــداء" scapegoating كان يعتقد الموظف مثلا أن رئيسه فى العمل هو سبب كل مصائبه لأنـــه يضطـــهده ولا يعطيه حقه (فى حين أنه يكون قد نال كل ترقياته وعلاواتـــه فـــى أوقاتـــها، أو يعتقد الزوج أن زوجته هى سبب كل مشكلاته بسبب تصلب رأيها وســـوء تدبيرهـــا (بالرغم مما يراه الناس فيها من حلم وحسن تدبير وطباع)، أو ترى الزوجـــة التـــى تشعر بالاضطهاد – وقد توافر لها مال الزوج وبالرغم من حســـن خلقـــه وســـوء طباعها – أن حياتها معه تميزت بالشقاء والمرارة. وهكذا تعنى البارانو الحقيقيـــة أن الشخص يعتقد أنه لا يخطئ مطلقا ولا يمكن أن يلام على شئ مـــا تبعـــاً لذلـــك[١] (ميونرو ١٩٩٩).

وكثيرا ما ترتبط الأوهام الاضطهادية بحب المشاجرة والعـــراك والتـــهيج الانفعالى والغضب، وهذا بدوره قد يدفع المريض نحو الاعتداء على الآخرين إلـــى

---

[١] كل بن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون" وعن الإمام على كرم الله وجهـــه "اعقـــل النـــاس أعذرهم للناس"

حد يصل أحياناً إلى القتل. وعادة ما يبرر المريض سلوكه المتجـــه نحـــو العنــف بسببين: الدفاع عن النفس أو الرغبة في الانتقام.

ولقد كان من المعتقد حتى وقـــت قريـــب أن الشـــخص الـــذى يتعـــرض للاضطراب الضلالى أوالبارانويا يسيطر عليه نوع واحد فقط من الأوهام المرضيـــة مثل: أوهام الاضطهاد المرضية أو الأوهام الجنسية المرضية أو غـــير ذلـــك تبعـــاً لحالته المرضية، إلا أنه قد تبين من الخبرة التشخصية بأنه ليس هناك ما يمنع مـــن وجود أوهام أخرى كأوهام الغيرة المرضية أو أوهام العظمة أو الأمراض الجســـمية إلى جانب الشك أيضا مع موضوع الوهم الرئيسى الذى يعانى منه المريض.

وقد لوحظ كثيرا أن المصابين بالأوهام المرضية الاضطهادية يكونون فـــى غاية الحرص والحذر مع الآخرين، فهم يميلون إلى عدم البوح بمضمون أوهامـــهم إلى أقربائهم بل وحتى إلى أطبائهم، وسوف يناقش هذا فى الجزء التالى والخـــاص ببارانويا الخصام أو المشاكسة querulous or litigious paranoia كنوع مـــن أنواع النمط الاضطهادى persecutory subtype .

بارانويا الشجار querulous paranoia

وتعرف أحيانا ببارانويا الخصـــام أو المشاكســـة، querulant-litigious delusional disorder وهناك خصائص أو ملامح أساســـية يمكـــن أن تمـــيز مرضى البارانويا ذوى الأوهام المرضية المعبرة عن الخصام أو المشاكسة، ولعـــل من أبرزها ميل بعضهم إلى العنف، وتشير الدراسات وكذا الملاحظات الإكلينيكيـــة إلى أن الكثيرين من أفراد هذه الفئة يوجد لديهم إحساس عميق ومستمر بأنـــهم قـــد تعرضوا للظلم سواء كان هذا الظلم متوهما أو قد وقع عليـــهم بـــالفعل، لـــذا فـــهم يظهرون باستمرار حاجة إلى رد اعتبارهم أو الانتقام، أو تعويض عما كان قد لحـــق بهم من اضرار. وقد اكتشف وينوكور Winokur (١٩٧٧) أنه فى كل ٢٩ حالـــة اضطراب ضلالى أو بارانويا يوجد منها ٥ حالات ذات طابع خصامي ولأصحابـــها مشكلات مع الشرطة والقضاء (وهم من الرجال أو النساء على حد الســـواء)، كمـــا وصف جولد شتين Goldstien (١٩٨٧) – وهو عالم ذو خبرة فى مجال الطـــب النفسى القضائى – عدة حالات بارانويا خصامية، وصف أصحابها بأنهم أشـــخاص يتصرفون كالمحامين البارعين الذين يحفظون القانون حرفيا إلا أنهم متصلبون فـــى آرائهم لا يفهمون روحه أو مغزاه ، ويبدون وكأنهم ثـــائرون يريـــدون أن يرفعـــوا

الظلم عن أنفسهم وعن الآخرين إلا أنهم مندفعون لا يحسنون التصرف وكثير من شكواهم عن الظلم لا مبرر لها على الإطلاق، ومن الصعوبة بالنسبة للشخص العادى اكتشاف مثل هؤلاء المرضى، وقد يعتبرهم أفرادا عاديين قد تعرضوا بالفعل للظلم، إلا أن الطبيب النفسى الذى له خبرة طويلة فى هذا المجال يمكنه التعرف عليهم بسهولة.

ويقول جولد شتين أن هناك نسبة كبيرة من هؤلاء البارانويديين الخصاميين يفضلون اللجوء إلى المحامين وساحات المحاكم والقضاء لشكوى الآخرين – متى توافرت لهم الإمكانيات اللازمة لذلك – بدلا من حل مشكلاتهم معهم بالاتصال المباشر، وبالرغم من صعوبة التعرف على هؤلاء المرضى إلا أن هناك خصائص قد تمكن الشخص العادى من تمييزهم هى:

١ – لديهم تصميم كبير على تحقيق أهدافهم غير المقبولة.

٢ – يعتبرون أن كل العوائق التى تمنعهم من بلوغ هذه الأهداف ناتجة عن تآمر الآخرين ضدهم.

٣ – توجد لديهم رغبة مستمرة فى تضخيم الظلم الذين يتوهمون أنه قد وقع عليهم.

٤ – غير اجتماعيين وتنقصهم المهارات المساعدة على التعامل الناجح مع الناس، كما يكثرون من الشجار مع من يتعاملون معهم.

٥ – يكثرون أيضا من الشكوى من الآخرين.

٦ – متشككون دائما.

ويقول "ميونرو" (١٩٩٩) أن هؤلاء البارانويديين على استعداد كبير للشجار مع المحامين الذين يوكلونهم للدفاع عنهم فى القضايا، بل وقد يرفضون دفع أتعابهم ويهددون بالشكوى لسلطات أعلى، وكثير ما لا تعجبهم طريقة المحامين فى الدفاع عنهم، ومنهم أفراد يستمرون فى مقاضاة خصومهم بالرغم من أن قضاياهم خاسرة.

بارانويا الاضطهاد فى مجال السياسة:

هذا ويرى مايرز Myers (١٩٨٨) وبادفيلد PadField (١٩٩٥) أن البارانويا بما فيها من أوهام اضطهادية قد تمتد لتؤثر أيضا على مجال السياسة.

فقد تتأثر بعض الشخصيات البارانويدية من الزعماء أو السياسيين بما سبق أن حل بمجتمعاتها من معاناة أو اضطهاد مما يدفعها إلى الرغبة فى الانتقام. وهذه الشخصيات – بما لديها من مشاعر اضطهادية – تساعد بدورها على إثارة روح العنف والعدوان بين مجتمعها والمجتمعات الأخرى، كما حدث فى رواندا من مذابح فى أعوام (١٩٥٩)، (١٩٦٣) ، (١٩٧٣) ، (١٩٩٤) وراح ضحيتها أكثر من نصف مليون شخص، والتى شجع عليها المتطرفون من زعماء قبائل الهوتو ضد قبائل التوتسى الأقلية وهم الذين كانوا فيما مضى السادة الذين يسيطرون على البلاد ويضطهدون الهوتو ويسخرونهم لخدمتهم[١] . وكان سكان رواندا سواء من الهوتو أو التوتسى قبل هذا يعيشون فى سلام وقد اندمجوا مع بعضهم البعض وتزاوجوا وزالت عوامل التمييز بينهم، إلى أن سيطر المتطرفون التوتسى على السلطة فى نهاية الأربعينات، ثم نازعهم فيها المتطرفون الهوتو عندما قاموا بثورتهم عام (١٩٥٩) واستولوا على الحكم ووسائل الإعلام، وقد اعتمد كل من الجانبين على الأساطير والخرافات لإثبات أحقيته فى السلطة وبث الكراهية ضد الجانب الآخر.

وكان الاضطهاد الذى تعرض له اليهود فى ألمانيا أيضا خلال الحرب العالمية الثانية مادة للمشاعر الاضطهادية التى كان يعانى منها قدامى زعماء[٢] الصهيونية وتولد عنها أفكارا انتقامية دفعتهم إلى حث اليهود وتشجيعهم على قتل الفلسطينيين الأبرياء ومحاولات طردهم من أرضهم وإبادتهم. هذا ويبارك بعض الحاخامات المتعصبين هذه الأعمال المتفقة مع أوهام العظمة المرضية. والموجودة فى أساطير بعض قدامى حاخاماتهم التى تقول مثلا بأنهم شعب الله

---

(١) يرى بعض الباحثين أن التطرف موجود فى كثير من دول العالم ولكنه عادة ما يكون بعيدا عن السلطة الفعلية أو على هامشها، إلا أنه عندما يسيطر على الحكومة تصبح سياستها مدمرة غير متوازنة، وهذا ما حدث فى رواندا وفى حكومة سلوبودان ميلوسيفتش فى يوغسلافيا وأدى إلى أعمال الإبادة العنصرية. كما تصف الموسوعة البريطانية ميكروبديا (١٩٩٤) شخصية رئيس الوزراء الإسرائيلى أريل شارون بالتطرف وجمود الفكر والإصرار على تنفيذ قراراته مهما كانت غير صحيحة، وحب الشهرة والمجد.

(٢) ومن هؤلاء الزعماء "تيودور هرتزل" الذى قال عنه "ديزموندسيتورث" بأنه كان يعانى من الشك والاضطهاد والطموح الشديد ، ووصفه بأنه "نصف مجنون".

المختار، وأن إسرائيل هى محور العالم وعصبه ومركزه وقلبه، ويؤكد الحاخام كوك أن روح الاله وروح إسرائيل هما شئ واحد كما يقول الحاخام جابوتنكسى :



أن شعب إسرائيل شعب مقدس. وتعيد مثل هذه العبارات إلى الاذهان بشكل جلى أوهام العظمه المرضية المتضمنة فى الأسطورة الآرية والتى قالها هتلر بأن "ألمانيا فوق الجميع لأن الله معها" "وأن الجنس الجيرمانى هو سيد العالم"[1]. وأعتقد أنه يستطيع أن يحارب العالم كله ويهزمه. وكان مؤمنا أشد الإيمان بآراء الفيلسوف شوبنهور والتى اتسمت بالشذوذ.

---

[1] تضفى بعض النزعات العنصرية صفة القداسة على ادعاءاتها ففى الأرجنتين تدعى ايفابيرون بأن رسالة الارجنتين هى نقل الله إلى العالم، وفى جنوب أفريقيا قال رئيس الوزراء عام ١٩٧٢، فورستر الذى اشتهر بسياسته العنصرية الوحشية "لا تنسوا بأننا شعب الله الذى أوكل إلينا تحقيق رسالة، كما تقف الأساطير أيضا وراء الحروب والكثير من الأحداث الدامية فى العديد من دول افريقيا جنوب الصحراء.

ويقول هتلر أن الحياة كفاح وصراع من أجل البقاء، وأنه لا مكان في عالمنا لمن يهرب من الكفاح. وقد تخلص هتلر من خصومه بالمذابح وقتل منهم الآلاف في فترة قصيرة – كما يفعل الصهيونيون اليوم بحجة الدفاع عن النفس والقضاء على التآمر. وأشعل نيران الحرب العالمية الثانية التي انتهت بهزيمة ألمانيا وانتحاره ، وقد تعرض فيَ أواخر أيامه لهلوسات كان يرى فيها قادة جيوشه ويصدر إليهم أوامره .



أدولف هتلر

أما شوبنهور الذى كانت أفكاره موضع إعجاب هتلر، فكان يرى فى فلسفته بأن العالم كله شر، وأن هناك صراع مستعر بين الكائنات الحية، فالبشر والحيوانات يفترسون بعضهم البعض حتى قيل عنه أنه فيلسوف التشاؤم وباعث البوذية فى

الفلسفة الحديثة. وكان يعانى من فوبيا الآلات الحادة حيث اعتاد أن يحرق ذقنه بالنار بدلا من حلاقتها بالأمواس الطويلة التى كانت تستعمل فى ذلك الوقت، وكان أصدقاؤه يندهشون من آثار التسلخات التى يرونها على وجهه.

هذا ونجد أن دعوى النازية وفلاسفتها إلى تمجيد أخلاق القوة والصراع المستمر من أجل البقاء والتوسع موجودة أيضا عند المتطرفين اليهود من الصهيونيين بشكل متزايد، وقد يكون من أسبابها شعورهم بالاضطهاد من غيرهم من الأمم قديما وحديثا ويقول أحمد عكاشه (٢٠٠٢) [١].

"بينما يزعم اليهود أنهم تعرضوا للتعذيب والإبادة من هتلر والنازية فإننا نتعجب لأنهم يسلكون نفس سلوك النازيين فى معاملاتهم مع الفلسطينيين خاصة والعرب عامة. أن ذلك السلوك، أى التوحد مع المعتدى هو سلوك لا شعورى وقد يفسر، وإن كان لا يبرر، ما تقوم به حكومة شارون من احتلال وقتل وتعذيب وإبادة للشعب الفلسطينى بقلب متحجر.

هذا ونجد فى الأسفار القديمة التى كتبها قدامى رجال الدين اليهودى المتعصبين كثيرا من العبارات التى تنم عما يعرف حاليا بالعدوان المتخيل fantasy aggression ، وهو عدوان يرى علماء النفس أنه ينتج عن الشعور بالاضطهاد أو كف مشاعر الإحباط عندما لا يستطيع الفرد المحبط أن يوجه عدوانه نحو من يعتقد أنهم يضطهدونه. والعدوان المتخيل هو رد فعل مرضى يميز الشخص البارانويدى الذى يعانى من الأوهام الاضطهادية المزمنة، وبخاصة إذا ما وجد موضوعا يؤكد به مزاعمه عن وجود اضطهاد فعلى.

ففى هذه الأسفار تهاجم الشخصية اليهودية الأسطورية كل الأراضى وتدمرها عن آخرها وتقتل كل ملوكها، ولا تمكن أى فرد من النجاة منها، بل وتقضى على كل حى فيها كما أمر الرب إله إسرائيل ومن أمثلة الجمل التى نراها متكررة كثيرا: "فأسلم الرب هذه المدينة إلى يد إسرائيل مع ملكها، فدمرها وقتل كل نفس فيها بحد السيف فلم يفلت منها ناج"، "ونهب الإسرائيليون لأنفسهم كل غنائم تلك المدن. أما الرجال فقتلوهم بحد السيف فلم يبقى منهم حى".

---

[١] أ.د. أحمد عكاشه، أستاذ الطب النفسى فى كلية الطب ، جامعة عين شمس، ورد هذا فى مقال له بجريدة الأهرام، العدد ٤٢٠٩٦ السنة ١٢٦ فى ٩ مارس (٢٠٠٢) .

وانتشار هذه الآراء الأسطورية البارانويدية لدى أفراد آخرين من الأسوياء داخل المجتمع النازى أو الصهيونى ربما يرجع إلى طبيعة الجماعة الإنسانية وخصائصها مثل: المسايرة وعمليات التنشئة الاجتماعية والتقليد والدور الاجتماعى للفرد وغير ذلك من عومل، هذا إلى جانب الظروف الاقتصادية والسياسية التى يمكن أن يكون قد مر بها أى من المجتمعين وساعدت على هذا الانتشار.

وتعبر هذه الأوهام التى تدعى القوة عن رغبة فى عدم تقبل الواقع كسائر الأوهام المرضية الأخرى، وهى تقف على الطرف النقيض لما تدعو إليه الأديان السماوية من تراحم وتعاطف وسلام بين الناس، ونبذ للتكبر والقوة والبطش. فمن أسماء الله الحسنى: السلام، الرحمن الرحيم، كما قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "من لا يرحم الناس لا يرحمه الله"[1] ويقول الحق "يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوباً وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم" الآية ١٣ من سورة الحجرات.

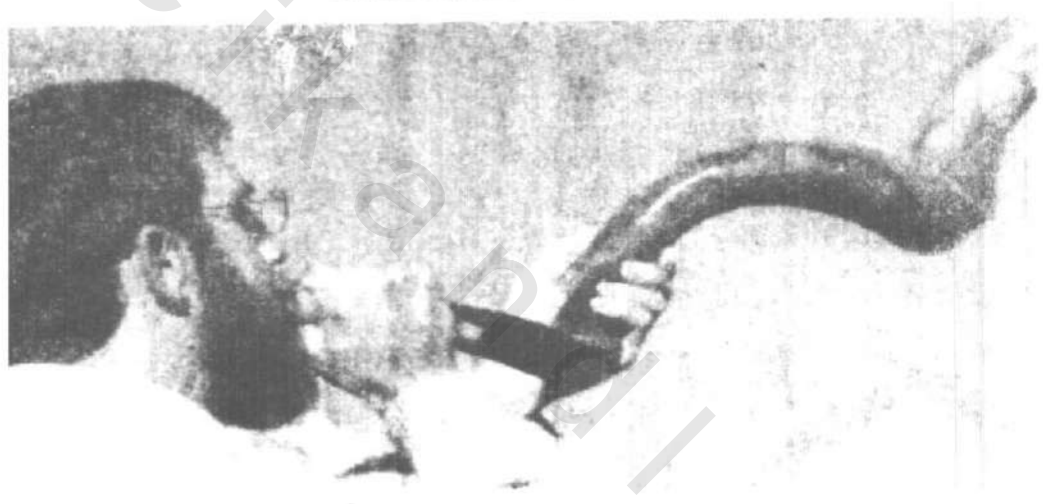
وتستمد الأخلاق قوتها فى الإسلام من الحق والعدل والسلام والرحمة. وهى معان مختلفة تماما عن أخلاق القوة والبطش التى كتبها قدامى المتطرفون اليهود فى أسفارهم، والتى تعبر عن توهم للقوة والعظمة الغرور ويقول الله عز وجل فى حديث قدسى "اطلبوا الفضل من الرحماء من عبادى ، فإنى جعلت فيهم رحمتى، ولا تطلبوه من القاسية قلوبهم فإنى جعلت فيهم سخطى".

هذا ومع أحقية الفرد فى أن يدافع عن وطنه ويقاوم العدو الذى يحتل أرضه بكل ما أوتى من قوة وسلاح لطرده وهذا جهاد مشروع فى سبيل الله، إلا أن الله قد نهى عن قتل الأبرياء من أى لون أو جنس حيث يقول: "من قتل نفسا بغير نفس أو فساد فى الأرض فكأنما قتل الناس جميعا" الآية ٣٢ من سورة المائدة. والقتل محرم فى الأديان السماوية. بعكس ما تنادى به الأوهام المرضية المتمثلة فى الأساطير الصهيونية ومنها مثلا تلك التى يؤمن بها المتطرفون الصهيونيون ومنها : "أن البركة ستحل على البشرية جميعا عندما يحتل شعب إسرائيل أرضه كلها "، وهم لذلك يقتلون الأطفال ويهدمون المنازل ويجرفونها، ومن أساطيرهم أيضا أن إسرائيل الآن تخوض حربا ضد الشر" و "أرض بلا شعب لشعب بلا أرض". وعلى هذا يتحدث المتطرفون اليهود والقادة العسكريون الصهيونيون عن عمليات القتل والإبادة للشعب الفلسطينى وكأنها عمليات مشروعة بسبب إيمانهم بهذه الأساطير الشاذة .

---

[1] رواه البخارى ومسلم والترمزى.





يهودى متطرف أثناء صلاة ضد السلام وطفلة فلسطينية تبكى أثر تهدم منازلها

مريض البارانويا والجريمة:

أن الغالبية العظمى من مرضى الذهان غير خطرين طالما كانوا ينتظمون فى العلاج، وهناك رأى يفيد بأن مرضى البارانويا معرضون أكثر من غيرهم لارتكاب جرائم العنف والقتل، وربما يرجع هذا إلى أنهم يتصرفون تبعا لأوهامهم المرضية تصرفات متطرفة غير سوية. فهم ينقادون لهذه الأوهام غير مراعين فى هذا الاعتبارات الإنسانية التى يمكن أن تمنع الأسوياء أو تصرفهم عن الإقدام على العنف.

ويقول ميونرو Munro (١٩٩٩) أن أى مرض نفسى يتسم بالأوهام المرضية يمكن أن يدفع نحو ارتكاب جرائم العنف عندما يفتقر المريض إلى الحكم السوى على الأمور وإذا ما كانت تنقصه عوامل الكف الضرورية التى تمنعه من الإقدام على هذه الجرائم. ومع هذا فهناك عوامل فريدة فى البارانويا أو الاضطراب الضلالى تجعلها على وجه الخصوص خطيرة، أولها: أنها عادة ما تكون مزمنة حيث يجد المريض وقتا طويلا يفكر فيه فى أوهامه المرضية المؤدية إلى العنف - كالأوهام الاضطهادية وأوهام الغيرة المرضية وأحيانا أوهام العظمة المرضية، وحيث تزداد ثبوتاً ورسوخاً وبخاصة وأن المرضى يتسمون بقلة الأصدقاء ويميل بعضهم إلى العزلة، والعامل الثانى أن عدم وجود اضمحلال فى القدرات العقلية لمريض البارانويا (بعكس سائر الذهانيين الذين يعانون من الأوهام المرضية) - وذلك فيما يتعلق بالتفكير الصورى والاستدلال - يمكنه من التصميم الجيد لأعمال العنف وحسن تنفيذها تبعاً لأوهامه المرضية، أما العامل الثالث فهو أن أكثر مرضى البارانويا لا يدخلون المستشفيات للعلاج مثل باقى المصابين بالأمراض العقلية لأن الأعراض المرضية لا تبدوا عليهم بشكل واضح كما أشرنا من قبل فهم يبدون فى الظاهر كالأسوياء باستثناء الأوقات التى تسيطر عليهم فيها أوهامهم المرضية، لذلك فوجودهم مع أفراد المجتمع يسهل عليهم ارتكاب الجرائم.

والمريض بوجوده فى المجتمع كثيرا ما يسئ تفسير سلوك الآخرين والمواقف الاجتماعية من حوله تبعا لنوع الوهم المسيطر عليه، فقد يفسر البارانويدى الذى يشعر بالاضطهاد ابتسامة الآخرين له على أنها استهزاء منهم وتهكم عليه، وقد يفسرها آخر تغلب عليه أوهام العظمة منهم بأنها إعجاب بعبقريته ويؤكد مريض ثالث يعانى من الأوهام الجنسية أن ابتسامة زميلته فى العمل إنما تعبر عن العشق والحب وهى بعيدة كل البعد عن ذلك.

كما ينتقى المريض الأحداث والوقائع المؤكدة لأوهامه المرضية سواء فى إدراكه أو تذكره أو تفكيره ويتجاهل تلك التى لا تسايرها، فمريض الأوهام الاضطهادية مثلا يهتم بالمظاهر المعبرة عن معاداة الناس له، من عدم اكتراث أو لوم ولا يعبأ بما يجده من ترحيب منهم أو مديح، ويزداد تبعا لذلك سخطه وغضبه على الأشخاص الذين يعتقد أنهم يضطهدونه، مضيفا إلى هذه المظاهر الاضطهادية اعتقادات خاصة عادة ما تكون من نسج خياله لتدعيمها، وهذا قد يدفعه نحو العنف

وأحيانا القتل، وقد يبدى المريض أسفا أو ندما بعد ارتكابه لجريمة الاعتداء أو القتل إلا أنه يظل معتقدا بأنه كان على حق[1].

هذا ويلاحظ أنه ليس فقط مرضى الأوهام الاضطهادية هم الذين عرضه لارتكاب جرائم القتل بسبب سوء الظن، بل هناك أيضا نسبة من مرضى أوهام الغيرة المرضية Jealousy delusions والأوهام الجنسية المرضية erotomanic delusions وكذا أوهام العظمة المرضية يرتكبون هذه الجرائم.

ولقد ظل وجود الأوهام المرضية يشكل فترة طويلة أحد المعايير الأساسية لتقرير الجنون فى قوانين ماكناتن McNaghten الشهيرة عام (١٨٤٣) عندما أجريت محاولات لتحديد العلاقة بين الأوهام العقلية والجريمة وبخاصة جريمة القتل، حيث أعلن مجلس اللوردات البريطانى فى هذا التاريخ أنه لإقامة دفاع عن شخص ما ارتكب جريمة قتل على أساس الجنون لابد أن يتم إثبات أنه وقت ارتكاب الجريمة كان يعمل فى ظل فقدان صوابه بشكل راجع إلى مرض عقلى، وأن هذا المرض قد أدى إلى عدم معرفته بطبيعة ونوع تصرفه وقت عملية القتل أو أن سلوكه الذى تم سوف يؤدى إلى القتل.

وقد تم تعديل هذه القوانين مع الزمن، وقلما كانت تطبق فى صيغتها الأصلية فى انجلترا بسبب ضيق معناها، فمن المستحيل الاقتصار على سوء الفهم المعرفى فقط وإهمال عوامل أخرى لها أهميتها فى تقرير سلوك الفرد مثل قوة إرادته ومدى قدرته على السيطرة على انفعالاته وتصرفاته، ومع هذا فما زالت روح قانون ماكناتن لها بعض التأثير على عدد من الدوائر القضائية.

وترجع قانين ماكناتن هذه إلى شخص انجليزى يدعى ماكناتن ارتكب جريمة اغتيال سياسى وكان يعانى من اضطرابات وهمية مرضية، وكان من الصعوبة فى ذلك الوقت تطبيق قانون الجنون والجريمة على حالات هذا المرض. وتكمن المشكلة الرئيسية حاليا فيما إذا كان المتهم يمكنه أو لا يمكنه التعرف على أن تصرفه الذى أدى إلى جريمة القتل صواب أو غير صواب. ومن الملاحظ أن مريض البارانويا يدرك فى كثير من الحالات أن تصرفه الذى أدى إلى القتل خاطئ باعتباره مخالف للمعايير الاجتماعية ويرجع هذا الإدراك الواعى – لما سبق

---

[1] نهى الله عز وجل عن إساءة الظن فى قوله : "يا أيها الذين آمنوا اجتنبوا كثيرا من الظن إن بعض الظن إثم" الآية ١٢ من سورة الحجرات.

توضيحه هنا – إلى أنه ليس هناك تدهور فى شخصية المريض أو قدراته العقلية مثل سائر الأمراض النفسية الأخرى التى يعانى مرضاها من الأوهام المرضية. (كالفصام البارانويدى أو الاكتئاب الذهانى). إلا أنه فيما يتعلق بأوهامه المرضية التى دفعته إلى ارتكاب الجريمة فيقول ميونرو Mnro (١٩٩٩) وغيره من الباحثين: إن البارانويدى يعتقد اعتقادا جازما بأن هناك مبررات قوية خلقية أو إنسانية أو اجتماعية أو غير ذلك من مبررات لها أسانيد وهمية فى تفكيره – هى التى أوجبت أو حتمت عليه تنفيذ جريمته. وكثيرا ما يتعجب القضاة من عجرفة المتهم فى تبريره لجريمته وعدم ندمه بالرغم من بشاعة الجريمة.

هذا وقدرة المريض على التعرف على خطأ سلوكه كمبدأ عام ورفضه فى نفس الوقت – تبعا لأوهامه المرضية – الاعتراف بأنه مخطئ أو مجرم يعتبر نوعا من تصلب الرأى ومحاولة منه للظهور بمظهر الشخص الذى لا يخطئ والذى له مثل أو مبادئ يحرص عليها كى يحتفظ بتقديره لذاته ويضفى على نفسه العظمة والوقار. ويصف "ميونرو" المريض فى هذه الحالة بالتعنت والنفاق wilfulness and hypocrisy وأوضح جولد شيتن Gold stein (١٩٩٠) أن اللوم الذى قد يصب على المريض ربما يختلف تبعا لنوع الأوهام المرضية التى تبين أنها قد دفعته إلى ارتكاب الجريمة، فقد يرتكب المريض جريمته ظنا منه مثلا بأنه واقع تحت تهديد قوى ثم يعتدى أو يقتل تبعاً لذلك دفاعا عن نفسه، وفى هذه الحالة قد يتعرض إلى لوم أقل مما لو أقدم على الجريمة بدافع من الانتقام تبعا لأوهامه أيضا.

وفيما يتعلق بالجَريمة والأمراض النفسية بصفة عامة بما فيها البارانويا يقول "يسرى عبد المحسن"[1] (٢٠٠١) أن عنوان المرض لا يبرئ الجريمة، إلا إذا كانت أعراض المرض تفسر ارتكاب الجريمة، بمعنى أن العبرة فى تحديد المسئولية الجنائية ليست بعنوان المرض النفسى أو وجوده من عدمه، بل بوجود ارتباط وثيق بين أعراض المرض وملابسات ارتكاب الجريمة ووقائعها، فإذا كان هناك مثلا شخص مصاب بالفصام ويشك فى خيانة زوجته بسبب هذا المرض وحينما ذهب لشراء فاكهة من أحد المحال حدثت مشاجرة فأقدم على قتل البائع، فلا يمكن نفى المسئولية الجنائية عنه هنا بزعم أنه مريض نفسى، لأن قصة الضلالات والهلاوس التى تسيطر على فكره بشأن خيانة زوجته لا تبرر قتله هنا للبائع، ففى

---

[1] أستاذ الطب النفسى، جامعة القاهرة ومستشار وزير الصحة للطب الشرعى النفسى..

هذه الحالة المرضية لابد أن يكون هناك ارتباطا وثيقا بين أعراض المرض من ضلالات أو هلاوس والجريمة، بمعنى أنه إذا كان يشك مثلا في خيانة زوجته مع المكوجي ورآها تأخذ منه الملابس بعد كيها على باب المنزل وهي ترتدي ثياب البيت، هنا يمكن التماس تخفيف العقوبة عنه في حالة إقدامه على قتل المكوجي، لأنه هنا توجد علاقة وثيقة بين الوهم المرضي - وهو الغيرة المرضية - وموضوع الجريمة.

هذا ويرى ميونرو (١٩٩٩) أن رجال القانون قد يهتمون أحيانا بالناحية الشكلية والاتساق الذاتي للأحكام القضائية أكثر من اهتمامهم بالتقدير الدقيق لمواقف الحياة الفعلية، فالذهان أو الجنون من السهل إيضاحه بالنسبة للجريمة، فالشخص إما أن يكون يعاني منه أو لا يعاني، أما فيما يتعلق بالبارانويا أو الاضطراب الضلالي فالأمر مختلف لأن المريض يبدو في كثير من الأحيان وكأنه سوى تماما ومن الصعب على رجال القانون التوصل إلى قرار بشأن طبيعة المرض والأوهام المرضية التي يعاني منها المريض وارتكابه للجريمة.

وعلى هذا فتقدير وجود الأوهام المرضية واكتشاف دورها في ارتكاب مرضى البارانويا لجرائم القتل قد يكون في حاجة إلى طبيب نفسي ذو خبرة في هذا المجال. وبخاصة تلك الأوهام التي يمكن أن تتسلط على بعض المرضى وتدفعهم إلى الشك أو اتهام الآخرين ظلما والقول بأن هذا يستحق القتل أو هذه خائنة لا تستحق الحياة وغير ذلك من ظنون لا أساس لها في الواقع.

هذا ويقول البرت اليس Albert Ellis (١٩٦٢) صاحب النظرية العقلانية في علم النفس أن تفسير الأحداث أو المواقف وليست الأحداث ذاتها هو الذي كثيرا ما يؤدي إلى الانفعالات السلبية ومنها مشاعر الاضطهاد، ويرى هذا العالم أن الفرد قد يكون مسئولا عن إزعاج نفسه بسبب تفسيره الخاطئ للأحداث إلى جانب ترديده المستمر للعبارات التي يقولها لنفسه من جراء هذا التفسير: وتظهر المبادئ التي كشفت عنها هذه النظرية بشكل واضح عند مرضى الأوهام الاضطهادية ومنهم المصابين بالبارانويا حيث يميلون إلى تكرار ترديد العبارات الناتجة سوء تفسيرهم وظنهم لسلوك الآخرين والمؤدية إلى تفاقم مشاعر الغضب عندهم مما يعدهم للإقدام على جرائمهم.

الفصل الثامن

أوهام العظمة المرضية
Delusions of grandiose

باستعراضنا لخصائص الأوهام المرضية أو الضلالات وجدنا أن سلوك[١] الفرد الذى يسير وفقا لما يدعو إليه القرآن الكريم هو سلوك بعيد عن هذه الأوهام وهو أيضا بعيد عما ينهى عنه القرآن الكريم، فأوهام الاضطهاد والغيرة والإشارة والتأثير هى أوهام تعبر عن سوء الظن الذى ينهى عنه القرآن الكريم، كما نجد هنا أيضا أن أوهام العظمة تمثل صفة التكبر وهى صفة غير مرغوب فيها فى القرآن الكريم، قال تعالى "**سأصرف عن آياتى الذين يتكبرون فى الأرض بغير الحق**" الآية رقم ١٤٦ من سورة الأعراف، وقال تعالى "**إنه لا يحب المستكبرين**" الآية ٢٣ من سورة النحل وقال تعالى "**فلبئس مثوى المتكبرين**" الآية ٢٩ من سورة النحل، وقال تعالى فى الحديث القدسى "**الكبرياء ردائى والعظمة إزارى فمن نازعنى شيئاً منهما عذبته** " وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم "**من تواضع لله رفعه الله ومن تكبر وضعه الله**" .

وكان الرسول عليه الصلاة والسلام متواضعا رقيق القلب يسلم مبتدئا على كل من استقبله من صغير أو كبير، ويجيب إذا دعى ولا يحقر ما دعى إليه، وفى بيته يحلب الشاة ويرقع الثوب ويأكل مع خادمه[٢]. وكان الصحابة أيضا مثالا

---

[١] يقصد بالسلوك كل أوجه نشاط الفرد القابلة للملاحظة المباشرة أو غير المباشرة، ومن أمثلة السلوك القابل للملاحظة المباشرة المشى والكلام والتعبيرات والحركة والضحك وكل ما يمكن ملاحظته على الفرد، أما السلوك القابل للملاحظة غير المباشرة فمن أمثلته: التفكير والتذكر والانفعالات والعواطف، ويمكن الاستدلال على هذا السلوك من كلام الفرد وأفعاله الظاهرة، والأوهام المرضية هى أفكار أو اعتقادات يمكن أن توجه تصرفات الفرد، وعلى هذا فهى تتضمن سلوكا قابلا للملاحظة وغير المباشرة.

[٢] كان من أواخر ما خاطب به النبى صلى الله عليه وسلم المسلمين وهو فى مرضه الأخير "أيها الناس من كنت جلدت له ظهرا فهذا ظهرى فليستقد منه، ومن كنت شتمت له عرضا فهذا

للتواضع، وقديما فطن الإمام "أبو حامد الغزالى" – وهو من علماء المسلمين – إلى آفة التكبر وإعجاب المرء بنفسه فقال: "الكبر والعجب داءان مهلكان، والمتكبر والمعجب سيقمان مريضان، وهما عند الله ممقوتان بغيضان"[1]... أن الخلق كلهم عباد الله، وله العظمة والكبرياء عليهم .. وقيل أن الصلاة عماد الدين، وفي الصلاة أسرار لأجلها كانت عمادا، ومن جملة ما فيها التواضع بالمثول قائما وبالركوع وبالسجود، وقد كان العرب قديما يانفون الانحناء، فكان يسقط من يد الواحد سوطه فلا ينحنى لأخذه، ويتقطع شراك نعله فلا ينكس رأسه لإصلاحه، فلما كان السجود عندهم هو منتهى الذلة والضعة، فقد أمروا به لتتكسر بذلك خيلاؤهم، ويزول كبرهم ويستقر التواضع فى قلوبهم، وهكذا أمر سائر الخلق".

وكان الغزالي يرى أن الغرور من صفات الكثير من الناس وإن اختلفت أصناف غرورهم، واختلفت درجاتهم فيه، ويتشابه هذا الرأى إلى حد ما مع ما يراه بعض علماء النفس من حيث اعتبار الدافع إلى تقدير الذات والاستحسان الاجتماعى من الدوافع الاجتماعية الهامة لدى الإنسان، والدافع نحو الاستحسان الاجتماعى يعبر عن رغبة الفرد فى أن يكون موضع تقدير الغير وإعجابهم، وأن تكون له منزلة اجتماعية بارزة فى وسطه الاجتماعى الذى يعيش فيه. كما يفسر هذا الدافع كثيرا من نشاط الأفراد فى الجمعيات والنقابات وبعض أعمال البطولة والنشاط العدوانى[2]، فبعض الأشخاص قد يتخذون من الإجرام والعدوان على المجتمع وسائل لإرضاء حاجاتهم إلى التقدير والأهمية وإشباع غرورهم. وعادة يكون مثل هؤلاء الأفراد قد تعرضوا فى طفولتهم إلى ظروف تربوية سيئة كالبعد والاحتقار من أفراد أسرهم وبخاصة من أبويهم، حيث يبتدعون أساليب تعويضية لا شعورية شاذة فى التكبر وادعاء العظمة للتغلب على مشاعر الدونيه والنقص.

عرضى فليستقد منه، ومن أخذت له مالا فهذا مالى فليأخذ منه، ولا يخشى الشحناء من قبلى، فإنها ليست من شأنى.

(١) يقول الغزالي أيضا أن المتكبر يبقى في ظلمة الجهل بكبره، وهو ظان أنه محق فيما يراه، والمتكبرون يخالفون أوامر الله ويمنعهم الكبر من تصديق الرسل.

(٢) **"وما الحياة الدنيا إلا متاع الغرور"** صدق الله العظيم، من بين الآية ١٨٥ من سورة آل عمران.

وأوهام العظمة قد تكون موجودة بدرجات متفاوتة فيما بين الاعتقاد البسيط بأن المرء ذو مواهب أو مهارات خاصة وبين الاعتقاد المطلق بأن الشخص ذات عبقرية فنية أو علمية، وبعض مرضى البارانويا الذين لا يعانون من تدهور في قدراتهم العقلية قد يكون لهم من الحماس والقوة الدافعة ما يمكنهم من يصبحوا أعضاء أقوياء في الحركات المتعصبة أو المتطرفة حيث لا تظهر أعراضهم المرضية بشكل واضح مثل مرضى الفصام البارانويدى الذين عادة ما يغلب عليهم اضطراب التفكير وشذوذ الأوهام المرضية وكثيرا ما يودعون بمستشفيات الصحة النفسية.



ويقول بلويلر Bleuler (١٩١١) فى وصفه لأوهام العظمة عند بعض هؤلاء المرضى بالفصام البارانويدى "يعتقد المريض بأنه نابغة في الرياضيات، وسوف يكمل الثغرات غير المفهومة في هذا العلم كي يصبح رياضيا عظيما، وأن والده رجل أعمال كبير، وقد أحبته أبنه أحد اللوردات حبا عارما، وهي ترسل إليه كل يوم علبة كبيرة من السيجار، وسوف يصبح قريبا ملكا لانجلترا وهم لذلك يعدون له قصرا من الذهب كي يقيم فيه وعندئذ سوف يكون غنياً جداً.

أنواع أوهام العظمة:

وكما تتفاوت أوهام العظة في شدتها فإنها تختلف كذلك من حيث محتواها، وقديما قسم الغزالى التكبر إلى أنواع حيث يقول: "أعلم أنه لا يتكبر إلا من استعظم نفسه، ولا يستعظمها إلا وهو يعتقد بأن لها صفة من صفات الكمال، وجماع ذلك

يرجع إلى كمال ديني أو دنيوى، والديني هو العلم والعمل، والدنيوى هو النسب والجمال والقوة والمال وكثرة الأنصار "وتحدث الغزالى عن كل من هذه الأنواع السبعة من التكبر، ففيما يتعلق مثلا بالتكبر فى العلم يقول بأن للشخص يستشعر فى نفسه كمال العلم فيستعظم نفسه ويستحقر الناس ويستجهلهم ، ويقول فى التكبر بالحسب والنسب بأن الشخص يأنف من مخالطة الناس ومجالستهم . هذا ويركز الباحثون حاليا على أنواع مشابهة من أوهام العظمة يمكن حصرها فى الأربعة أنواع التالية:

١- قدرات خاصة special abilities

وتبدو فى اعتقاد الفرد بأن له قدرات وإمكانيات فذة لا يدنيه فيها أحد، كان يعتقد مثلا بأنه مخترع عبقرى، أو مصارع بطل أو رجل أعمال ذائع الصيت والشهرة فى العالم، أو ذا عقلية متفوقة عن سائر الناس.

ومن حالات هذه الفئة من الأوهام إن طالبا فى كلية الهندسة أدعى بأنه قد توصل إلى تفسير جديد يرجح اختراع الذهب من مخلفات معادن رخيصة، وقد كان تفسيراته لمراحل هذا الاختراع مرتبة من الناحية الشكلية إلا أنها كانت غير واقعية من حيث الحقائق العلمية القائمة عليها، وطالبه أساتذته بمزيد من البحث العلمى والتأنى. إلا أن الطالب بدأ بعد ذلك فى تفسير أحاسيسه الجسمية تفسيرات كيميائية خاصة حتى وصل إلى تشخيص حالته بأنه يعانى من شيخوخة مبكرة.

ومن أمثلة هذا النوع الخاص بأوهام التفوق فى القدرات اعتقاد الفرد بأنه لا يخطئ مطلقا، وأنه يتفوق على الناس فى قدرته على الفهم، لذلك فهو دائما على حق وعلى كل من حوله الطاعة، وهو عادة ما يكون شخصا يملك سلطة وقرارا بفضل دوره الاجتماعى، فقد يكون أبا أو أما معلما أو مدير عمل أو قائدا عسكريا ويعانى فى نفس الوقت من أوهام العظمة المرضية، فيكون أشبه بالدكتاتور فى سلوكه الاجتماعى، وأفكاره كثيرا ما تكون خاطئة إلا أنه لا يعرف ذلك[1].

فالأب الدكتاتور قد يكون صارما متزمتا يبطش بأولاده معتقداً أنه يقوم أخلاقهم، والأم قد تفسد حياة ابنتها الزوجية بتسلطها وسيطرتها. والحاكم الطاغية قد

---

(١) قال تعالى: "وإذا قيل لهم لا تفسدوا فى الأرض قالوا إنما نحن مصلحون ألا أنهم هم المفسدون ولكن لا يشعرون" الآية ١١، ١٢ من سورة البقرة.

يتصور أنه الوحيد الملهم وأن الجماهير بلهاء .. ومن سوء حظ الشعوب أن يكون ذلك الطراز من الحكام صاحب إنجازات أو تم انتخابه بمعرفة أعوانه. فهذا يطيل عمره.. ويضاعف من حالته، ويجعل كارثة النهاية أشد، ومن أمثلته نيرون وهتلر وموسوليني وفرانكو وشارون وغيرهم.

٢ – عظمة الهوية : **grandiose identity**

حيث يعتقد المريض اعتقادا قد يكون راسخا بأنه شخصية هامة فهو ملك أو نبي أو رئيس جمهورية، وقد يرى أنه إعادة تجسيد أو بعث لشخصية تاريخية مشهورة أو لنبي من الأنبياء، وكان هناك مريض بالفصام البارانويدي يدعي بأنه رب العباد ودليله هو رفض الأكل والشرب، وحجته في ذلك أن الله سبحانه وتعالى لا يأكل ولا يشرب مع أن تغذيته كانت تتم بطريقة صناعية بواسطة الخرطوم، وقد نجد في مستشفيات الصحة النفسية العامة عددا لا بأس به من الحالات المتطرفة لأوهام العظمة المرضية لمرضى الفصام البارانويدي، ففيها مثلا من يدعون بأنهم الملوك أو الرؤساء أو الزعماء وكل ما يمكن أن نتخيله من الشخصيات التاريخية مثل: أحمد عرابي والمهدي المنتظر ونابليون بونابارت وغيرهم، ومن هذه الحالات مثلا مريض كان يعتقد بأنه فرعون، ويطلق على نفسه "سيتي الأول"، وكان يعمل قبل مرضه مفتشا للغة الإنجليزية، وعندما كان يناقشه الأطباء في اعتقاده هذا يثور عليهم ثورة عارمة، أما عند التحدث في موضوع ما آخر فيبدوا سويا لا تظهر عليه أي أعراض مرضية نفسيه.

٣ – الثروة: **wealth**

وهنا تنصب أوهام العظمة حول المال فيرى المريض مثلا بأنه قد أصبح من أغنياء العالم وأصحاب الملايين، وكان من هذه الحالة اعتقاد مريض بالفصام البارانويدي بأنه المالك الحقيقي لحقول البترول بالشرق الأوسط.

٤ – اعتقاد المريض أن له مهمة خاصة: **special mission**

حيث يعتقد المريض أن له مهمة خاصة كبرى في العالم، وعادة ما لا تتناسب هذه المهمة مع واقع المريض وبيئته الاجتماعية، كما أنها تختلف من مريض لآخر، ومن أمثلة هذا حالة مريض كان يعتقد بأن مهمته هي نشر السلام بين شعوب العالم وكان يعمل محاميا قبل تعرضه للمرض النفسي، وعندما كانت

تتحسن أحواله نسبيا ويصرح له بالخروج من مستشفى الصحة النفسية يتوجه إلى المطار محاولا ركوب أول طائرة يجدها كي يؤدى مهمته فى الخارج دون أن يهتم بعمل إجراءات سفره، فإذا ما انتهى إلى رجال شرطة المطار عرفوه لكثرة تردده عليهم. وكان يطلق على نفسه مندوب السلام العالمي، ويعتقد أنه لابد أن يسافر إلى العالم كله ليحقق السلام الذى لم يتحقق إلى اليوم.

ومن أمثلة هذا أيضا اعتقاد مريض آخر يعمل مهندسا بأنه موفد من قبل العناية الآلهية لتغيير وجه التاريخ بتأسيسه لحزب الأخاء والإصلاح السياسى والذى سوف يؤدى إلى قيام الامبراطورية الإسلامية الخامسة.

وبالرغم من شذوذ هذه الأوهام المرضية، إلا أنها تشبه إلى حد ما الأفكار والخرافات القديمة لزعماء الحركات المتطرفة[1].

خصائص أوهام العظمة المرضية:

شعور الشخص الزائد بأهميته أو جنون العظمة megalomania or grandiosity هو أحد الأعراض الرئيسية التى يمكن أن يظهر فى أنواع الذهان المختلفة سواء كان وظيفيا أو عضويا أو ذهان ناتج عن السموم وبخاصة السموم الخارجية كالخمور.

ومن أنواع الذهان المختلفة التى يمكن أن تظهر فيها أوهام العظمة المرضية: الهوس mania والفصام وزهرى المخ والشلل الجنونى العام general paralysis of insane

هذا ويلاحظ أن عدد المرضى الذين يعانون من أوهام العظمة الموجودين بالمستشفيات أقل نسبيا من سائر مرضى الأمراض النفسية الأخرى لأنهم فخورين

---

[1] ومن أمثلة هذا ادعاء بعض زعماء الحروب الصليبية بأنهم ينفذون أعمال الله التى أوكلها إليهم، وادعاءات بسمارك وهتلر وبعض حكام جنوب أفريقيا بأنهم مكلفون بمهمة مقدسة هى توسيع رقعة الحضارة الإنسانية، وادعاء بعض زعماء الصهيونية بأن الرب قد أوفدهم كى تحل البركة على البشرية باحتلالهم لأرض إسرائيل الكبرى التى منحها الله لهم، ويستحلون تبعا لهذه الضلالات قتل الأطفال وإبادة الشعب الفلسطينى، كما يستغل هذه الادعاءات أيضا القادة العسكريون لتحقيق الشهرة والمجد لأنفسهم.

بأنفسهم مغرورين بإمكانياتهم وقدراتهم وقلما يطلبون مساعدة الأطباء النفسيين بعكس الكثير من مرضى النفس وبخاصة مرضى الاكتئاب النفسي أو عصاب الوسواس القهرى الذين يكثرون من زيارة العيادات النفسية فى محاولة للتخلص مما يعانونه من هموم وأعراض.

وعادة ما يظل كثير من الأفراد المصابين بأوهام العظمة المرضية - وبخاصة معظم مرضى البارانويا وبعض مرضى الهوس - يؤدون أعمالهم بهمة ونشاط وحماس كى يشبعون غرورهم ويحافظون على مظهرهم وسمعتهم أمام الآخرين. ومنهم من يجدون مخارج اجتماعية معقولة يصرفون فيها طاقاتهم الانفعالية غير السوية المصاحبة لأوهام العظمة عن طريق اشتراكهم مثلا فى أنشطة اجتماعية مفيدة كالتمثيل وعضوية الجماعات المختلفة.

وهناك نسبة كبيرة من مرضى البارانويا الذين يعانون من أوهام العظمة المرضية يخفون هذه الأوهام أو يكتمونها فى أنفسهم مثل ما باقى البارانويديين من ذوى الأوهام المرضية الأخرى وذلك بالرغم من اقتناعهم التام بها. حيث يمارسون حياتهم اليومية العادية دون أن تبدوا عليهم أى أعراض مرضية، بينما توجد فئة أخرى من المرضى يقعون تحت سيطرة هذه الأوهام بدرجة كبيرة، وهنا قد يحدث أحد أمرين: إما أن ينسحب المريض من الحياة العامة تدريجيا ويعيش فى عالم خيالي وكثيرا ما يترك المريض عمله ويهمل مظهره، وإما أن يصبح مزعجا لمن حوله شاذا (تبعا لأوهام العظمة المرضية التى يعانى منها)، أو يبدو كما لو كان بطلا مغوارا يشوه الحقائق من حوله كى تساير هذه الأوهام.

أوهام العظمة فى الفصام البرانويدى والهوس:

من حالات أوهام العظمة المرضية حالة موظف عمره عاما ٣٥ عاما، أحضره أبوه وأخوته إلى الطبيب النفسى، وكان لا يشكو من شئ إلا أنهم قالوا أنه كان يقول كلاما غريبا، ويتعالى عليهم وعلى رئيسه وزملائه فى العمل، وينظر إليهم نظرات كلها عظمة وتكبر، وقد رفض الكلام أول الأمر، ثم طلب الانفراد بالطبيب، ولما تم له ما أراد إخراج كراسة صغيرة من جيبه مكونه من ثمانين صفحة قائلا بأن بها دستور مرتب .. ونظام دولة متكامل، ثم بدأ فى قراءتها قائلا أنه حاكم العالمين، وأنه قد قسم العالم إلى قطاعين:

القطاع الجنوبى ويحكمه جمال عبد الناصر ومركـــزه القـــاهرة والقطـــاع الشمالى الغربى ويحكمه فاروق فؤاد ومركزه روما .. وكل من القطاعين يـــأتمران بأمره بصفته أمير المؤمنين وضد الكفار. ثم قال بأنه أصـــدر قوانيـــن ومذكـــرات تفسيرية متتالية أدعى بأنه قد وجهها إلى المراقبة العامة الإسلامية بأنحاء العـــالم.. ووضع بعد ذلك أمام الطبيب قائمة بأسماء حكام العالم الذين سوف يرأسهم وقـــال: "أنا إذا شطبت على اسم من هذه الأسماء فإنه يشطب بأمرى من الدنيا .. وأنـــا لـــى دستور ونظام حكم أقاوم به الاســـتعمار والشـــيوعيين الكفـــار والعمـــلاء الظلمـــة والمظلومين".

وهكذا يشعر هذا المريض شعورا زائدا بأهميته معتقدا بأن له مهمة كـــبرى هى حكم العالم، وتكشف هذه المنظومة الضلاليـــة بوضـــوح عـــن حالـــة فصـــام بارانويدى لأنها مفرطة فى الشذوذ والغرابة كما أن بها مسميات ليست لها ما يقابلـــها فى الواقع من مدلولات مثل: حاكم العالمين، المراقبة العامة الإسلامية فـــى أنحـــاء العالم، هذا بالإضافة إلى أنها تتضمن تفكيرا غامضا مفككا، وكل هـــذه الخصـــائص يمكن أن تميز بين الأوهام المرضية فى الفصام البـــارانويدى عـــن تلـــك الأوهـــام الخاصة بالهوس mania أو البارانويا، والتى تبدو فى هذين المرضين أقل شـــذوذا وغرابة مما هى عليه فى الفصام البارانويدى.

ويرى الباحثون أن أوهام العظمة megalomania or grandiosity يمكن أن تظهر فى عدد من الاضطرابات المرضية وبخاصة فى الـــهوس، إلا أن أوهـــام العظمة فى حالة الهوس عادة ما تكون أكثر تماسكا وفهما عما هى عليه عادة فـــى الفصام البارانويدى الذى تكون فيـــه هـــذه الأوهـــام غـــير مفهومـــة ولا مرتبـــة وأكثر شذوذا.

ويعتبر الشعور بالعظمة فى حالة الهوس جزءاً من الحالة المزاجية للشخص والتى تتسم بالمرح الشديد الذى يصحبه الزهو والخيلاء والكبرياء، كما يزداد نشـــاط المريض ولكن تقل قدرته على الاستبصار وتعقل الأمور والسيطرة على النفس، فقـــد يندفع الشخص مثلا فى كثير من المشروعات التجاريـــة المتعجلـــة والخاســـرة أو يسرف فى الإنفاق وهو يعانى من ضائقة مالية، أما فى الفصام فليس من الضرورى أن يصحب مشاعر العظمة إحساس بالزهو، فأحيانا يظهر الزهـــو وأحيانـــا قـــد لا يظهر، هذا بالإضافة إلى أن معاناة مريض الفصام البارانويدى من فقر فى أفكـــاره

يسير جنباً إلى جنب مع أوهام العظمة بحيث يجد صعوبة في تكوين أفكار ذات معنى بالرغم من تزايد اعتقاده بأنه شخص ذا أهمية كبيرة كما يبدو في المثال الموضح.

ومن حالات توهم العظمةِ المرضي ما يعرف بالمركزية centrality ، وفيها يشعر الفرد بأنه محور اهتمام الناس طوال الوقت، وقد يصحب هذه الحالة الشك واعتقاد المريض بأنه مراقب من جهات هامة لأهميته وعبقريته إلى جانب شعوره بالاضطهاد، وعادة ما تظهر هذه الأعراض في البارانويا، ونجدها واضحة في هذه الحالة:

طالب في الدراسات العليا بقسم علم النفس في أحد الجامعات الأمريكية كان يميل إلى كثرة النقاش والجدل وإلى تحريف الحقائق بحيث تنسجم مع تحيزاته وآرائه المسبقة، وبالرغم من حبه المستمر للجدال والمناقشة فكان غير راغب على الإطلاق في الاستماع. وتقدم في القسم بخطة بحث للحصول على درجة الماجستير إلا أنهم نصحوه بأن يعيد صياغة الخطة ويحدد أهدافا واقعية للبحث، ولكنه اعتبر أن هذه التوصيات ما هي إلا خطوة أولى من مؤامرة تستهدف تعطيل تقدمه العلمي. وظل يجادل بأنه ربما على وشك الاهتداء إلى كشف علمي رئيسي لو أنه نشر لأحدث ثورة في العلم، قائلا بأن أساتذة علم النفس بالكلية هم مجرد مخالب قطط كلفت بمنعه من القيام بدوره العلمي البارز.

وأعتقد الطالب أنه من الممكن أن يكون والداه قد اشتركا في هذه المؤامرة، لذلك كان يقضي الساعات الطوال في تذكر الأماكن التي كانا يصحبانه إليها في طفولته، واهتدى إلى أن الرجل الذي يعمل في إصلاح تليفون رئيس القسم بالكية هو نفس الرجل الذي قام بتركيب التليفون في شقته ومن ثم تأكد بأن تليفونه مراقب، وبدأ يتصنت أثناء أحاديثه التليفونية إلى أصوات لعلها تكشف عن المراقبة التي يتعرض لها وبعد أن عجز عن الكشف عن شئ ازداد إعجابه بالمهارات التقنية للقائمين على مراقبة التليفونات.

أوهام العظمة المرضية والذهان العضوي:

تظهر أوهام العظمة المرضية في عدة أنواع من الذهان العضوي كالشلل الجنوني العام وينتج عن الزهري، وهو مرض تناسلي معدي، من المعتقد أنه أدخل

إلى أوربا لأول مرة فى سنة ١٤٩٣ مع البحارة الذين كانوا يعملون مع "كريستوفر كولومبوس" بعد عودته من أمريكا، وكان الشلل الجنونى العام يعرف فى بادئ الأمر "بالشلل العام للمجانين"، وأول من أصيب به رجل عمره اثنين وأربعين عاما كان يؤمن بأنه ملك الدانمارك، وملك فرنسا، وأستاذا فى كل اللغات الحية والميتة، ومناظرا لوليم الفاتح.

وقد ينتقل هذا المرض من الأم إلى الجنين أو يكتسب عن طريق الجماع، ويقضى المرضى فترة حضانة تتراوح بين خمس سنوات وثلاثين سنة ، كما أن الشلل الجنوبى العام لا يظهر لدى كل مرضى الزهرى.

ويؤثر هذا الشلل على ذاكرة الإنسان حيث يصعب عليه أحيانا تذكر الأحداث القريبة مع إمكانية تذكره للأحداث البعيدة، ويفقد القدرة على إصدار الأحكام، أما فيما يتعلق بأوهام العظمة فهى تزداد مع تدهور حالة المريض وقد يصحبها حالات اكتئاب. وفى هذه الأوهام يشعر المريض بتغير فى الهوية أو فى قدراته وإمكانياته، فقد يدعى بأنه ملك كبير أو مليونير أو من كبار المحسنين، وكثيرا ما يصحب هذه الأوهام سلوك عدوانى، وقد تظهر انفجارات فجائية عند المريض ورغبة فى التدمير.

ويصف سوين Suin (١٩٧٠) حالة أحد المرضى ويبلغ من العمر ٥٥ عاما بأنه كان يحرص على هندامه قبل المرض إلا أنه مع المرض أصبح يهمل مظهره وينام بالملابس التى يرتديها عند خروجه من المنزل، وأطلق لحيته وشاربه وشعر رأسه وكان يرفض الاستحمام والاغتسال، ولما حان موعد إيداعه فى المستشفى للعلاج كان يؤمن بأنه عضو فى مجلس الشيوخ الأمريكى عن الولاية ويتحدث عن سفره الذى يزمعه إلى واشنطن. وكان ينوى أن يتقدم بمشروع قانون يعين بمقتضاه "امبراطورا منفذا (كلمات كان يجد صعوبة فى نطقها بوضوح). وكان يقف حيثما وجد جمهورا ذا رغبة فى الاستماع ليعبر أمامهم بصوت جهورى عن آرائه فى الحرب والدين وتنظيم النسل وأى موضوع يطلب منه التحدث فيه. وكانت آراؤه أقرب إلى أن تكون حلولا لمشكلات العالم بدلا من أن تكون وجهات نظر. وقد وصفته زوجته بأنه كان قبل ذلك شخصا مفرط الهدوء والدعه. ثم أدى به فقدان الذاكرة إلى ما يعرف بالتأليف، confabulation وهو التحدث عن وقائع لم تحدث كى يملأ بها فجوات الذاكرة، وهى الوقائع التى لا يستطيع تذكرها. ويظن

أن انتقاله إلى التعاظم كان نوعا من محاولة التعويض عن الإحساس بعدم احترام الناس له بسبب آرائه وتصرفاته.

وقد لوحظت أيضا حالات اصطناع العظمة أو التعاظم فى الأفكار والأقوال عند مدمنى الكحول لإخفاء مشاعر النقص وعدم الكفاءة.

البارانويدى ساحر الجماهير: charismatic paranoiacs

"ومن الناس من يعجبك قوله فى الحياة الدنيا ويشهد الله على ما فى قلبه وهو ألد الخصام، وإذا تولى سعى فى الأرض ليفسد فيها ويهلك الحرس والنسل والله لا يحب الفساد" الآية (٢٠٤-٢٠٥) من سورة البقرة.

شرع الفيلسوف سنيكا فى التعرف على شخصية تلميذه "نيرون" ولم يكد يجلس إليه ويتصل به ويستمع لحديثه حتى هاله ما انطبع عليه الفتى من غرور وزهو، فحاول أن يهذب نفسه ويثقف عقله ويروضه على البساطة والتواضع وصدق العاطفة، ولكنه اصطدم بخيلاء نيرون وحبه للعظمة، ولم يكن أمام الفيلسوف سوى أن يدربه على الخطابة، ويعد له مجموعة من الخطب الرنانة والقصائد العصماء، كى يقوم بإلقائها أمام الشعب والإشراف والقادة، ونشأ نيرون ولم يكن يجيد غير بعض أساليب البلاغة الكلامية استمدها من سنيكا وأحاديث رفاقه المتزلفين المتملقين، وقد ساعده أسلوبه الخطابى فى بداية حكمه للإمبراطورية الرومانية عام ٥٤ ميلادية على حب الشعب له وتعلقه به وروعه استقباله له.



بدأ حياته السياسية متقربا لمجلس الشيوخ حيث فرض عليه شخصيته بخطبة، وسحر أعضاءه ببلاغته، وأثار إعجابهم بدفاعه الحار عن المدن الرومانية البائسة، التى هدمها الزلزال ودمرتها الحرائق، وكان يطالب بإعفاء سكان تلك المدن من دفع الضرائب ويدعو لتحرير بعض شعوب الأمبراطورية، ونصب نفسه محاميا عن الضعفاء ونصيرا لكل بائس محروم.

وكان نيرون مع هذا قلقا متشككا فى كل من حوله، واستحال على مر الأيام إلى ما يشبه الطفل الحانق ولا يعرف أسبابا لحنقه وغضبه، وعندما كثرت أخطاؤه واعتقالاته لمن يرأسهم وبدأت بعض جيوش الإمبراطورية تثور ضده، نادى بقتل حكام الأقاليم وذبح قادة الجيوش مؤكدا بأن الكل خائنون يستحقون الهلاك، واندفع يقتل ويهاجم، قتل فى روما وحدها أكثر من خمسين ألفا قدمهم طعاما للوحوش فى حفلاته، وقتل من أعدائه فى أرمينيا التى هاجمها مرتين أعدادا لا تحصى قدرها البعض بمائة ألف نسمة علاوة على حرقة لورما ومن فيها يحجه تطهيرها من الفساد والضلال.

وكان روبسبير سفاح الثورة الفرنسية خطيبا ذا صوت ناعم يتمتع بكلمات نارية يسحر بها سامعيه، ويحفظ مجموعة من الشعارات تدير رءوس العامة، وكلها صفات التصقت بالطغاة فى زمانه أو بمن سبقه أو من لحقه، وقد عرف عنه أيضا أناقة الهندام وأدب السلوك والتظاهر بالتمسك بالفضيلة، وكان يعتقد بأن فرنسا مجسدة فى شخصيته، وأنه بعث ليرسى قواعد الفضيلة بين عشيرته وذويه وأهله، واعتبر نفسه مبعوث العناية الإلهية لدفع عجلة الثورة الفرنسية إلى الأمام ونادى نفسه المشرع الأوحد. ومع هذا فقد أعدم ما يزيد عن أربعين ألفا من المواطنين خلال فترة حكمه التى لم تتجاوز عاما واحدا، وكان يشنق أعداءه موهما الشعب بأنهم أعداء الثورة.

وكان عيدى أمين أيضا خطيبا بارعا وعد شعبه فى بداية توليه السلطة بالديموقراطية والتخلص من الفساد والظلم الذى نتج عن حكم سلفه "ميلتون أبوتى"، إلا أنه بعد أن استتب له الأمر فى الحكم أعدم الكثيرين، حتى وصل عدد من أعدمهم خلال فترة حكمه ما يقرب من نصف مليون أوغندى، أى بمعدل يصل إلى ٩٠٠ شخص فى اليوم الواحد، وكان السجناء فى عهده يجبرون على أكل الجثث الآدمية. وقالت عنه بعض الصحف التى تصدر خارج أوغندا بأنه كان مريضا

يحب العظمة، كما كان يقول عن نفسه أنه أغلى قطعة ذهب فى العالم وأنه قائد من نوع خاص.

ونجد أمثلة أخرى لهذه ا لنماذج فى هتلر الذى كان يتقن فن الخطابة وإذكاء حماس الجماهير، وأيضا موسوليني والقادة المتطرفون الصهيونيون، وعلى هذا يرى الباحثون أن هناك أفرادا يعانون من أوهام العظمة المرضية من ذوى القدرة على التأثير فى الآخرين بأقوالهم وأحاديثهم يميلون إلى القتل وسفك الدماء، حيث تساير أفكارهم وتصرفاتهم ما يعانون من أوهام مرضية عادة ما تكون أوهاما اضطهادية إلى جانب مشاعر العظمة، كما أنهم متشككون دائما، ويوصف المريض من هذه الفئة بأنه بارانويدى ساحر للجماهير.

ويصف ريفيس Reavis (١٩٩٥) مذبحتي جونستون Jonestown وواكو Waco التى راح ضحيتهما الكثيرين فى الولايات المتحدة بسبب زعماء متطرفين بدعوى الإصلاح الدينى وكانت آراؤهم غريبة غير طبيعية بعيدة فى واقعها عن الدين إلا أنهم استطاعوا اجتذاب اتباع لهم بفضل براعتهم فى الخطابة وتأثيرهم على الناس، وقد اتضح أن هؤلاء الزعماء كانوا يعانون من أوهام العظمة والاضطهاد، ويعتقد مثل هؤلاء الأفراد أن تصرفاتهم دائما صواب، ويبررونها بأسباب تساير أوهامهم المرضية.

تفسير أوهام العظمة المرضية:

النرجسية وأوهام العظمة المرضية:

أوهام العظمة المرضية قد تظهر تدريجيا أو فجأة، وفى أى عمر لدى الذكور أو الإناث، كما قد تظهر بوضوح أو تظل أعراضها كامنة يحاول الفرد إخفائها، هذا وما تزال أسباب ظهور أعراض أوهام العظمة المرضية فى الشخص غير واضحة تماما فيما يتعلق بالذهان الوظيفى، ويعزوها فرويد إلى نمو غريزة اعتبار الذات self-esteem والنرجسية فى الإنسان بشكل غير طبيعى، وتعنى النرجسية عشق الذات، وهى تشير إلى أسطورة إغريقية قديمة تحكى أن شابا يونانيا اسمه نرسيس كان ينظر إلى الماء ورأى صوره وجهه فأعجب بها، وتعبر النرجسية أو عشق الذات عن المرحلة الفمية المبكرة وهى أولى مراحل النمو عند فرويد وتمثل الأنانية المطلقة.

ويرى فرويد أن الليبدو-وهو الطاقة النفسية الجنسية عند الإنسان-ينمو من خلال مراحل مختلفة، أولها هذه المرحلة الفمية المبكرة ثم المرحلة الفمية المتأخرة ثم المرحة القضيبية فمرحلة الكمون وهكذا حتى يصل إلى مرحلة النضج النهائي، وهي مرحلة العلاقات الاجتماعية الطبيعية، ويحدث المرض النفسي بارتداد الليبدو إلى مراحل سابقة من النمو، وكلما كان الأرتداد عميقا دل ذلك على خطورة المرض النفسي في رأى أصحاب التحليل النفسي، وتمثل أوهام العظمة المرضية ارتداد الليبدو إلى أعمق مراحل النمو النفسي أو أولى مراحله وهي المرحلة الفمية المبكرة حيث الأنانية المطلقة.

إلا أن هذا التفسير غير مقنع، وهناك رأى آخر يفيد بأن أوهام العظمة هذه تنتج عن أشعار الطفل باستمرار منذ صغره بأن قدراته فائقة، وربما ينتج هذا بسبب الإشباع الأبوى المستمر لرغباته وتلبية مطالبه، وإزالة الأبوين لكل ما يعترض سبيله من عوائق نظير ذلك. وعندما ينمو الطفل وتتسع نطاق بيئته الاجتماعية خارج المنزل - حيث يتواجد مع جيرانه وأقرانه بالمدرسة مثلا - لا يستطيع التغلب على العوائق التى تحول دون إشباع حاجاته لأنه لم يجد تدريبا كافيا على ذلك. وعندما يكون الشخص محبا لذاته بدرجة كبيرة - أى متميزا بالنرجسية الشديدة - وتعرض لأحداث تهدد تقديره لذاته تكونت لديه أوهام العظمة على سبيل التعويض الخيالي وكرد فعل معاكس لمشاعر الدونية والانحطاط.

الجنون الدورى وأوهام العظمة:

لم يظهر حتى الثمانينيات إلا قليل جدا من النظريات عن أوهام أو ضلالات العظمة، واعتمدت في معظمها على التحليل النفسى، ومنها نظرية ونترزونيل Winters & Neale (١٩٨٣) والتى اهتمت بتفسير هذه الأوهام فى حالات البارانويا وذهان الهوس والاكتئاب أو الجنون الدورى، وهو عبارة عن نوبات متعاقبة من الهوس والاكتئاب على فترات، وغالبا ما يتخللها فترات من حالات السواء، وهذا المرض أقل فى خطورته من البارانويا أو الفصام، إلا أن المريض يميل أحيانا إلى الاعتداء على الآخرين - وبخاصة فى نوبات الهوس - فتكثر مشاجراته بعض الشئ.

وكان كارل إبراهام Karl Abraham (١٩١١ - ١٩٢٧) أول من استخدم مفاهيم التحليل النفسى الأساسية فى تفسير أوهام العظمة المرضية فى ذهان الهوس

والاكتئاب حيث يقول: يبدو مريض الجنون الدورى فى حالة الهوس مبتهجا ومسرورا جدا فى ظاهرة ومع هذا فهو يائس حزين فى عقله الباطن، لأنه يعانى من مشكلات واحدة سواء ظهرت نوبات الهوس أو علامات الاكتئاب. فبالرغم من أن المشكلة النفسية واحدة فى الحالتين إلا أن ردود أفعال المريض لهذه المشكلة تختلف فى كل منهما.

ففى حالة الاكتئاب تجتذبه هذه المشكلات حيث تسيطر عليه أفكار الحزن والفشل واليأس بينما يتجاهلها فى حالة الهوس مظهرا ردود أفعال معاكسة لحالات الفشل والحزن هى المرح والسرور، ففى الهوس يظهر شكل متطرف من الحيلة النفسية المعروفة بتكوين رد الفعل reaction formation ، وهى عبارة عن مبالغة الشخص فى اتخاذ سلوك يعبر عن مشاعر مقبولة لإخفاء ما يعانيه من مشاعر مضادة غير مقبولة، ويتم هذا بأسلوب لا شعورى فى رأى أصحاب مدرسة التحليل النفسى، فالمبالغة فى الضحك والمرح قد تكون أحيانا رد فعل عكسى لما يعانيه الفرد من مشكلات تبعث على الحزن والأسى[1]. وإلى جانب تكوين رد الفعل تعمل أيضا حيلتان نفسيتان دفاعيتان هما: التعويض وأحلام اليقظة، ويتمثل هذا فى أن المرضى الذين يعانون من أحاسيس عميقة بعدم الكفاية واليأس وعدم حب ذويهم لهم ويفقدون الأمل فى إثبات كفاءتهم فى عالم الواقع يبالغون فى تعويض الألم الناتج عن هذه المشاعر بأفكار العظمة، فاعتقاد المريض بأنه قد أصبح رئيسا أو إمبراطورا أو غنيا جدا يمكن أن يلطف إلى حد ما من مشاعر النقص، وهذا نوع من التعويض الخيالى ، فالفتاة التى تشعر مثلا بأنها غير جميلة أو قبيحة المنظر أو بأن الآخرين يحتقرونها قد تبالغ فى استخدام مساحيق التجميل كنوع من التعويض المباشر أو تتخيل أنها قد أصبحت فى مركز مرموق بين زميلاتها والجميع يخطبون ودها وهذا تعويض غير مباشر.

---

[1] ومثال هذا أيضا كثرة تحدث تاجر عن الأمانة والصدق لإخفاء رغبته فى الغش والكسب غير الشريف، وقد يكون الاهتمام الزائد بصحة شخص معين ستارا يخفى وراءه كراهية وحقدا ضد هذا الشخص، وبالرغم من أن تكوين رد الفعل من الحيل العقلية الشائعة إلا أنه من الواجب أن تكون حذيرين فى تفسير سلوك الناس على أساس تكوين رد الفعل، فليس الحب دائما وسيلة لمقاومة الكره والبغض، فقد تكون ميول الناس ودوافعهم حقيقية وليست دفاعية ضد اتجاهات مضادة.

ويرى أصحاب التحليل النفسى أن الإنسان فى تعويضـــه الخيـــالى لواقعــه يحاول بطريقة لا شعورية ترميم الأنا الفاشل failing ego ودفعه كى يحقق كـل ما يطلبه في عالم الخيال بعيدا عن مشكلات الواقع ومتطلباته، وحيث يتلاشى هــذا الإحساس بانعدام الأهمية أو انخفاض تقدير الذات.

أما فى حالات نوبات الاكتئاب فيقول فرويد بأنـــها تحـدث عندمــا توجــه مشاعر الغضب الناتجة عن إعاقة إشباع دافع ما قوى لدى الشخص نحـــو "الأنــا" باعتبارها مسئولة عن الفشل وذلك بدلا من توجيهها نحو المصدر الأصلى للإعاقــة أو الإحباط، وينشأ هذا الغضب أساسا من "الأنا العليا" super ego ، وعلـــى هــذا يلوم الفرد ذاته ويؤنبها بشدة، ويعرف هذا بالاستدماج introjection، والذى يعانى منه مرضى الاكتئاب، حيث يبالغون فى الحط من قيمة أنفسهم والمبالغة فى تقديـــر مسئولياتهم عما قد لحق بهم من فشل.

ويمثل الاستعداد الشخصى للجنون الدورى أو جنون الهوس والاكتئاب حالة غير مستقرة من تقدير الفرد لذاته، حيث يتذبذب هذا التقدير بين الشـــعور بالدونيــة والانحطاط ومشاعر العظمة، وحيث تنطلق الأنا من عقالها بعد أن كانت خلال فـترة الاكتئاب مقيدة حبيسة للأنا العليا.

نموذج حالــة:

كان السيد "دوج" Doug عمره ٣٨ عاما عندما دخـــل مستشـــفى الصحــة النفسية للعلاج من إحدى نوبات الهوس، وقد سبق أن عانى قبل هـــذا مـــن نوبـــات اكتئابية وأيضا نوبات هوس كما أقر بهذا أفراد أسرة المريض وزوجته الثالثة (بعــد أن فشل زواجه الأول والثانى)، وقد بدأت نوبة الهوس الحالية عنده منذ عدة أســابيع بطريقة فجائية وعنيفة، تركز نشاطه الزائد الذى صحب هذه النوبـــة حـــول القيـــام بمشروع جديد لإنشاء شركة كان يعتقد أنه سوف يكون أفضل من مشروع كل مـــن روكفلر Rockefellor وجيتى Getty بما لهما من شهرة عالمية، وقد ظل طـــوال الوقت يكتب خطابات ويجرى اتصالات تليفونية وهو مزهو مغرور بنفسه، إلا أنــــه مع هذه الحالة أصبح مزعجا لمن حوله، مندفعا فى تصرفاته يشرب الخمر بكـــثرة ويقود سيارته بسرعة جنونية إلى أن اصطدم بسيارة أخرى، ونقل إلـــى المستشـــفى بسبب تعرضه لإصابات خفيفة.

وكانت كل أعمال دوج ومشروعاته فاشلة بالرغم مما كان يبديه من نشاط ظاهري، وقد خسر أموالا كثيرة كان يقترضها من والده بسبب تعرض كل شركة يؤسسها للإفلاس، ومع هذا كان مصرا على أن يستمر في مشروعاته تشبها بوالدة الذي كان رجل أعمال ناجح ومشهور، ومع نوبات الهوس والمرح هذه - كان دوج يتعرض أحيانا لنوبات اكتئابية تستمر عدة أسابيع تنتابه أثر كل إفلاس تتعرض له الشركة التي كان يؤسسها.

ويمكن اعتبار هذه الحالة نموذجا واضحا للوظيفة الدفاعية لأوهام العظمة طبقا لنظرية التحليل النفسي، فتقدير الذات هنا الخاص بالمريض - وهو دوج - يعتمد بدرجة كبيرة على حصوله على نجاح اقتصادى مثل والده، إلا أن فشله المتكرر قد عرضه لنوبات من الاكتئاب والهوس، كما ارتبطت أوهام العظمة التي يعاني منها بموضوع محنته الذي يتعلق بهذا الفشل.

وهكذا فبالرغم من نجاح نوبات الهوس في أبعاد خبرات الحياة المؤلمة موقتا عن وعى الإنسان إلا أن لهذه النوبات أيضا آثارها الضارة عليه في حياته الأسرية والعملية، فقد تسبب فقدانه لعمله وأصدقائه، بل وتبديد موارده المالية حيث تدفعه أحيانا إلى الاندفاع في مشروعات مالية خاسرة كما هو واضح من مثال دوج. كما أن المريض قد يتعرض لردود أفعال سلبية من البيئة كالتهكم عليه أو تجاهله.

مفهوم الذات وأوهام العظمة في الجنون الدوري:

يتكون مفهوم الذات من تقييمات الفرد للعناصر المتنوعة من الذات ومن أفكاره عن نفسه، فمن عناصر تقييمات الذات مثلا الأدوار الاجتماعية وصورة الذات الجسمية. وهناك أيضا الذات المثالية ، وتمثل صورة الذات التي يأمل أن يكون الفرد عليها، ويقول هوج وما كارى Hoge & McCarthy (١٩٨٣) أنه بالرغم من كثرة ما كتب عن مفهوم الذات إلا أنه لم يتم التوصل إلى تعريف كامل دقيق لهذا المفهوم، كما أن الدراسات قد تعاملت معه كسمة ضمن سمات الشخصية الأخرى (نيل Neale ١٩٨٨) .

ويرى بعض علماء التحليل النفسي أن عدم الثبات في تقدير الذات unstable self-esteem إلى جانب كثرة تعرض الفرد لمواقف الحياة الضاغطة

التى تثير مشاعر الدونية والانحطاط low se lf-esteem يمكن أن يؤدى أحيانا إلى الجنون الدورى وأوهام العظمة للأشخاص المهيئين لهذا المرض وبخاصة عندما تكون الذات المثالية على مستوى عالى يفوق قدرات الفرد وإمكانياته الواقعية.

هذا وقد وجد وكلند Wicklund (١٩٧٢) وآخرون أن الأشخاص مدمنى الكحوليات هم أكثر من غيرهم عرضه للإصابة بنوبات الهوس، حيث يقلل الكحول من وعى الشخص بذاته لأنه يؤثر على العمليات المعرفية الخاصة بهذا الوعى الذى عن طريقه يدرك الشخص بأنه ليس هناك فارق كبير بين الذات المثالية والذات الواقعية، أى بين الصورة المثالية التى يتخيلها لنفسه أو ما يجب أن يكون عليه وتبنى واقعه وما يعانيه من فشل، وإلى جانب إقلال الكحول من أهمية هذه المقارنة فإنه يساعد الشخص على الانشغال بنوبات الهوس ويصرفه عن إدراك ما يعانيه من فشل وتدنى من مستوى تقديره لذاته، وعلى هذا يمكن النظر إلى أوهام العظمة كاستراتيجية يلجأ إليها الشخص لمحاولة تقريب المسافة بين الذات المثالية والذات الواقعية.

وإلى جانب العوامل السابقة لابد من وجود عوامل شخصية أخرى مهيئة تساعد على الجنون الدورى، ومنها كما يقرر ديبوى وزملاؤه Depue.et al (١٩٨١) – التذبذب فى الحالة المزاجية وحتى فى مستويات الكورتيزول فى جسم الإنسان، وحيث يترتب عن هذا التذبذب تغيرات أخرى فى السلوك والنشاط المعرفى وفى تقديره الفرد لذاته.

الباب الثالث

العوامل النفسية المسببة للأوهام المرضية

من المعروف أنه لكل شئ سببا، وأنه لا شئ يأتي من لا شئ، ومن المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب، فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد، وتتلخص أسباب الأمراض النفسية التي تنشأ عنها الأوهام المرضية في نتيجة تفاعل قوى كثيرة متعددة ومعقدة، داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في البيئة، مادية واجتماعية .

ومن العوامل البيولوجية والعضوية المؤدية إلى الأوهام المرضية ما يتعلق بالعقاقير والمواد المخدرة، ومنها ما هو مرتبط بالعوامل الجينية أو الوراثية، وهناك أيضا ما هو خاص بطبيعة الأمراض النفسية التي تنشأ عنها هذه الأوهام.

وقد ظهرت عدة نظريات للتفسيرات النفسية الخاصة بالأوهام المرضية، كما تضمنت بعض نظريات الشخصية عددا من السمات يمكن أن تهئ الفرد لظهور هذه الأوهام. ويعزو فرويد مثلا أوهام الاضطهاد البارانويدية إلى الرغبات الجنسية المثلية، ويقدم ماهر Maher (١٩٨٨) رأيا آخر يفسر به نشأة الأوهام المرضية لا يعتمد على السمات الشخصية وإنما على نوع من المعاناة والخبرات الشاذة المؤلمة الناتجة عن وجود اضطرابات في الإدراك الحسي.

وهناك وجهة نظر أخرى يفترضها كاميرون Cameron (١٩٥٩) يؤكد فيها على أهمية نوع العلاقات الشخصية كمسبب نفسي لظهور الاعتقادات البارانويدية التي تتضمن مشاعر العظمة والاضطهاد والشك. حيث يتسم الشخص قبل تعرضه لهذه الاعتقادات بالقلق والخوف والانسحاب الاجتماعي والتصلب في الرأي ومحاولة القفز إلى استنتاجات دون أخذ ما يناقضها من آراء في الاعتبار، ونقص المهارات اللازمة للتفاعل الجيد مع الآخرين مما يترتب عنه العزلة الاجتماعية وقلة الأصدقاء، وهذا قد يؤدي بدوره إلى تنمية الفرد لأفكار غريبة شاذة عن تصرفات غيره من الناس أو عن نفسه، حيث ليس هناك من يتبادل معه الرأي كي يصحح له هذه الأفكار، وعندما يسلك الفرد تبعا لأفكاره الوهمية فقد تزداد وترسخ هذه الأفكار بسبب ردود أفعال الناس نحوه، فإذا ما توهم الشخص مثلا بأن

الآخرين يعادونه فقد يسلك نحوهم بعدوانية مما قد يدفعهم إلـــى معاداتـــه بـــالفعل، وكثيرا ما يؤكد له هذا صدق أوهامه المرضية عن عداء الناس له.

وعلى هذا فتكون الأوهام المرضية من الناحية النفسية في رأى كـــاميرون يرجع إلى عمليات معقدة تتفاعل فيها سمات الفرد الشـــخصية مـــع نتـــائج تفاعلـــه الاجتماعى مع المواقف البيئية التى يواجهها.

وهناك رأى آخر يؤكد بأن الاعتقادات الوهمية المرضيـــة يمكـــن أن تنشـــأ وتتخذ شكلها المعين إلى حد ما بسبب أخطاء فى التفكـــير أو معالجـــة المعلومـــات information processing ، وقد قـــدم ونـــترز ونيـــل Winters & Neale (١٩٨٣) عددا من الفروض أو التفسيرات يربطان فيها بين الأوهام غير المعقولـــة والعيوب المعرفية cognitive defects، مثل الأخطاء فـــى عمليـــات الاســـتدلال المنطقى، logical reasoning كما نـــاقش همســـلى وجـــاريتى Hemsley & Garety (١٩٨٦) العلاقة الممكنة بين الاعتقادات الوهمية غير المعقولة وأخطـــاء فى مراحل معينة من تكوين الاعتقاد، belief formation مثل صياغة الفـــروض وتقييم عناصر احتمالات الحلول الممكنة واختبارها.

وموضح فى هذا الفصل العوامل النفسية المختلفة التى يفسر بها البـــاحثون ظهور الأوهام المرضية، ومن أهمها:

١ – الخبرات الحسية الشاذة .
٢ – الإسقاط.
٣ – التعلم.
٤ – العوامل الوجدانية.
٥ – العوامل المعرفية والعزو السببى.
٦ – العوامل الشخصية.

الفصل الحادى عشر

الخبرات الحسية الشاذة

Anomalous perceptual experiences

قد يتمسك بعض المرضى بآرائهم الوهمية أكثر من اللازم بالرغم من شذوذ هذه الآراء وحتى بالرغم من سماعهم لما يثبت خطئها من الآخرين، ويعلل ماهر (١٩٧٤) هذا إلى أن كثيرا من هذه الآراء قائم على أساس خبرات حسية مرضية، ويقترح بأن هناك مرضى يعانون من الأوهام المرضية ويعانون أيضا من شذوذ فى أحاسيسهم وإدراكاتهم الحسية عادة ما يكون بيولوجي المنشأ، ومثل هؤلاء المرضى ليسوا عادة على استعداد للتخلي عن تفسيراتهم الوهمية هذه وتقبل تفسيرات الآخرين، لأنهم يعتقدون بأن آرائهم هى التى تصور أحاسيسهم تصويرا دقيقا، كذلك فهم يرون أنها أكثر واقعية من آراء الآخرين، ونحن إذا ما قلنا لمريض ما من هذه الفئة أن يتخلى على أوهامه العقلية فكأنما نقول له لا تثق فى أحاسيسك وثق فى أحاسيس غيرك من الناس، لذا فهو قول غير معقول بالنسبة للمريض.

ومن هذه الأحاسيس غير السوية وجود صعوبة أكثر من اللازم عند المريض فى تمييز الأصوات أثناء الضوضاء حتى ولو كانت بسيطة، أو وجود ضعف فى القدرة على السمع أو اضطراب فى الإدراك بصفة عامة، ويقترح ماهر (١٩٨٨) أن ضعف السمع أو فقدانه قد يساعد أحياناً على ظهور أفكار بارانويديه، فقد يعتقد بعض المرضى مثلا أن الناس يتغامزون عليهم ويتحدثون بأشياء غير لائقة عنهم مما يولد فيهم الشك ومشاعر الاضطهاد.

وقد كشف سوثارد Southard (١٩١٦) منذ أكثر من ثلاثة أرباع قرن مضى – وبعد سلسلة من الدراسات الاستطلاعية – عن وجود أساس عضوى حسى لما قد يشعر به بعض المرضى من أوهام مرضية، ويوضح سوثارد هذا بمثال عن مريض ذهانى كان يعانى من أفكار اضطهادية، ألا أنه بظهور أعراض مرضية جسمية حقيقية لديه تحولت أوهامه نحو هذه الأعراض، فقد كان يعتقد بأن معدته دائما ملآنة بالطعام ولا يمكنه أن يأكل شيئا ما، وقد تبن بالفعل بأنه يعانى من إمساك مزمن شديد، وقد ظلت أوهامه موجودة بالرغم من شفائه من هذا الإمساك، وهناك حالة لمريضه أخرى كانت تعتقد بأن رأسها من الداخل مليئة بالنحل ولذلك

كانت تسد أذنيها كي لا تسمع أصواته المزعجة، وقد أثبت الفحص الطبى العضوى بأنها كانت تعانى بالفعل من لين عظام بالجمجمة مما سبب ضغطا على المخ مع احتمال وجود إثارة فى مراكز الاستقبال probable mechanical stimulation of receptor areas.

ويقترح سوثارد تبعا لهذا أن مثل هذه الأوهام قائم فقط على أساس خبرات عضوية حسية شاذة يشعر بها المرضى، أما استدلالاتهم المنطقية فهى طبيعية بمقارنتهم بالأسوياء، ويكمن العيب فقط فى هذه الأحاسيس الشاذة.

وعلى هذا تنشأ الأوهام المرضية عندما يحاول المريض تفسير الأحداث التى يمر بها أو الموجودة فى عالمه الخارجي من خلال خبراته الحسية التى عادة ما يكون مصدرها أحاسيسه وإدراكاته الشاذة.

والإدراك الشاذ أيضا هو المسئول عن ظهور الأوهام الانعدامية وأوهام التغير المرضية nihilistic delusions فى رأى بافلوف Pavlov (١٩٣٤)، فهو يقول بأن هذه الأوهام تقوم على إدراكات حسية شاذة، واقترح أن خلايا معينة فى القشرة الدماغية تتحكم فى الاحساسات والمشاعر والإدراكات قد تتعرض لتلف باثولوجى pathological inertness مما يؤدى أحيانا إلى تنبيهات فى المخ يترتب عنها توليد معلومات غير سوية هى التى تؤدى إلى ظهور هذين النوعين من الأوهام، وقد ينشأ هذا التلف عند التعرض للصدمات النفسية أو الإصابات أو التسمم الناتج عن الكحول أو المواد المخدرة أو وجود اضطرابات بالجهاز العصبى مما يؤدى أيضا إلى تزايد الميل نحو العنف.

ويقول ونترز ونيل Winters & Neale (١٩٨٣) أن بافلوف وجد أن الحيوانات لا تعبأ بالمنبهات التى اعتادت أن تصدر لها استجاباتها المألوفة عندما تتعرض لمثل هذه التنبيهات المرضية، ولكن من الصعب أجزاء دراسات عملية على الإنسان لاختبار هذه النظرية لبافلوف.

وقد وجد ماهر Maher (١٩٧٤) أن مرضى الفصام يعانون بشكل مفرط من اتساع مدى الانتباه ويجدون صعوبة بالغة فى حصر انتباههم فى نطاق ضيق، وتشير التقارير إلى أن هذا الاضطراب الإدراكى قد يكون موجودا مع بداية التعرض لمرض الفصام وقبل ظهور الأوهام المرضية لدى هؤلاء المرضى، وعلى هذا فالأفراد الذين يعانون من اضطرابات فى الإدراك وهم على غير وعى بها

يحاولون تفسيرها فى ضوء ما قد يواجهونه من أحداث بيئية يسقطونها على هذه الأحداث أو يفسرونها تفسيرا مرتبطا بما يعانونه من أحاسيس شاذة.

ومع هذا فهناك أيضا من الباحثين من يقول بأن الأوهام المرضية لا يصحبها بالضرورة إدراكات شاذة، لأن هناك مرضى كثيرون بالأوهام المرضية لا يعانون من خبرات حسية شاذة، كما يرى بعض الباحثين أن الأوهام المرضية قد تساد أحيانا على تكوين الإدراكات الشاذة .

الفصل الثانى عشر

التحليل النفسى والإسقاط والأوهام المرضية

وجد فيشباش وسنجر Feshbach & Singer (١٩٥٧) فى دراسة مثيرة لهما أن الأشخاص الخائفين يميلون إلى إدراك الآخرين كما لو كانوا أيضا خائفين وقلقين، وبخاصة عندما كانوا يميلون إلى قمع انفعال الخوف عندهم، وكان تعليل هذه الظاهرة عند أصحاب نظرية التحليل النفسى هو ميكانيزم الإسقاط، فقمع انفعال الخوف عند شخص ما يجعله يميل إلى إسقاط خوفه هذا على أى شخص ما آخر، ويسقط الشخص أحيانا بعض الرغبات غير الخلقية المكبوتة لديه على الآخرين حيث يراها فيهم بدلا من رؤيتها فى نفسه، فقد تنشأ أوهام الغيرة المرضية مثلا عند شخص ما يرغب فى خيانة زوجته حيث يسقط رغبته هذه على زوجته ويتهمها بأنها تخونه.

كما شاع استخدام الإسقاط لتفسير الكثير من الأوهام المرضية عند علماء التحليل النفسى، حيث اعتبر فرويد (١٩١٥) وكرتشمر Kretschmer (١٩٢٧) وروث Roth (١٩٥٤) أن كل الأوهام المرضية أو بعضها ما هى إلا عمليات إسقاط، أى إدراك لما يعتمل فى نفس المريض من انفعالات وعواطف كالخوف والكراهية أو الصراعات أو الرغبات المكبوتة - وكأنها خارجية المصدر أى موجودة عند الآخرين بقصد وقايته من القلق الذى ينشأ عن إدراكها فى نفسه، فالانفعالات الشديدة والحاجات الملحة التى لم يتم الحصول عليها والصراعات التى لم تحل، يعبر عنها خارجيا ويعزوها المريض إلى مصدر خارجي.

ومن أكثر النظريات شيوعاً فى هذا المجال نظرية فرويد عن البارانويا وأوهام العظمة، فهو يرى أن البارانويا وهذه الأوهام ينتجان عن دوافع جنسية مثلية تحاول التعبير عن نفسها بقوة حيث تحور هذه الدوافع فى اللاشعور ويتم إسقاطها.

فالفكرة الأساسية فى اللاشعور هى "أنا رجل أنا أحبه" (أن امرأة أنا أحبها) هذه الفكرة غير مقبولة فى الشعور وهى تسبب قلقا للأنا ولذلك فهى تحور ثم يتسم إسقاطها. ففى أوهام الاضطهاد المرضية تحول الفكرة غير المقبولة "أنا رجل أنا أحبه" إلى فكرة أخرى هى "أنا رجل أنا أكرهه" ، إلا أن هذه الفكرة أيضا لا زالت غير مقبولة وتحور أيضا عن طريق إسقاطها على الشخص الآخر فتكون: "هو يكرهنى لذلك فلى الحق فى أن أكرهه أنا أيضا" أو "هو يضطهدنى لذا فأنا أكرهه". وكان فرويد تبعا لهذا يرى أن الشخص الذى يعتقد البارانويدى أنه يضطهده لابد أن يكن من نفس جنس المريض الذى يشعر بالاضطهاد.

وقد حاول الكثير من الباحثين اختبار نظرية فرويد هذه للتأكد من صحتها إلا أن النتائج كانت متناقضة، كما انحصرت بعض النتائج المؤيدة فى الآتى:

أ) أظهر مرضى الفصام البارانويدى الذكور ميول جنسية مثلية صريحة أكثر من مرضى الذهان الآخرين.

ب) أظهر مرضى البارانويا الذكور ميول جنسية مثلية غير مباشرة على الاختبارات الإسقاطية.

ج) قضى مرضى الفصام البارانويدى فترة أطول من سائر المرضى أثناء التجربة فى مشاهدة المثيرات المتضمنة لأمور جنسية مثلية أو للاستجابة لهذه المثيرات.

ويرى كاميرون Cameron (٥١، ١٩٥٥) أن مصدر الأوهام الاضطهادية هو القلق الناتج عن عدم قدرة الفرد على التفاعل الناجح فى بيئته الاجتماعية، حيث تنمو هذه الأوهام على مراحل وذلك فى شخصيات معينة لها سمات بارانويديه تساعد على تكوين الأوهام المرضية والمحافظة عليها، ومن أبرز هذه السمات أن البارانويدى متصلب الرأى ويحاول عادة القفز إلى استنتاجات دون أخذ ما يناقضها من آراء فى اعتباره.

وفي أول هذه المراحل يتعرض الفرد للإحباط فـــي المواقــف الاجتماعيــة بسبب نقص مهاراته الاجتماعية، ويؤدى هذا إلى الانسحابية withdrawal ، حيــث يبحث عن الراحة في عالم الخيال وأحلام اليقظة، ثم يتبع هذا عادة لجوء المريـــض إلى أساليب نكوصية وتبدأ صراعاته في محاولة الظهور مهددة "الأنا"، وعـــادة مـــا يكون الفرد غير قادر على قمع هَذه الصراعات، وعلى هذا فهو ينكرها ثم يســقطها، وبعد ذلك تبدأ الأوهام الاضطهادية في الظهور على شكل غضب ولوم موجه نحـــو الآخرين كي تخفف من حدة التوتر الداخلي عند الفرد، وفي نفس الوقت يعتقد الفــرد أن مصدر معاناته ومتاعبه هو البيئة الخارجية الموجهة نحوهـــا الأوهـــام وليســـت صراعاته الداخلية.

الفصل الثالث عشر

التعلم والأوهام المرضية

كثيرا ما تعني كلمة تعلم إلى جانب التعليم - والذي يـــراد بـــه التحصيـــل الدراسي في المدرسة - ذلك المعنى الذي يقصده عامة الناس عندما يقولـــون بـــأن شخصا ما قد تعلم البخل أو الجبن من أبيه، أو أن فتاة ما قد تعلمت المكر أو الكــذب من أمها أو خالتها، ويعرف علماء النفس التعلم بأنه تغير شبه دائم في سلوك الكـــائن الحي نتيجة للخبرة والممارسة والتدريب، وهم يرجعون اختلال الصحة النفسية عنــد الفرد إلى فشله في كثير من الأحيان في تعلم السلوك الصحيح الـــذي يمكنـــه مـــن التوافق الناجح مع نفسه ومجتمعه، أو إلى تعلمه لسلوك فاشل يعوقه عن هذا التوافق الناجح، كتعلمه مثلا للإهمال والتواكل والأوهام المرضية، ونوضح هنـــا وســـيلتين تساعدان على تعلم هذه الأوهام هما:

أ) التعلم بالقدوة:

كانت المعلمة تستعد لإلقاء درسا في روضة مـــن ريـــاض الأطفـــال عـــن الضفدعة، وكانت هي تخاف الضفادع، ولكنها تشجعت وأخذت معها ضفدعـــة فـــي صندوق صغير، ولما فتحته قفزت الضفدعة ففزعت المعلمة وصرخـــت، فصـــرخ كثير من الأولاد والبنات، ورفض معظمهم بعد ذلك أن يقربوا الضفادع.

وهكذا تعلموا بالقدوة أن يخافوا من الضفدعة، فحالة الفزع انتقلت إلى الأطفال عن طريق المشاركة الوجدانية، وبفعل إيحاء سلوك شخص له مكانته في نظرهم هو المعلمة، وانتقلت إليهم فكرة أن الضفدعة حيوان مخيف، وهناك كثير من المخاوف الشاذة كالخوف من الحشرات أو الحيوانات تنتقل إلى الأطفال عن طريق التقليد – وبخاصة تقليد الأم ومحاكاتها كنموذج modeling .

ويلعب التقليد دورا هاما فى حياة الأطفال الصغار، ومن الأدلة على هذا الطفل الوحشى فى "أفيرون" Wild Boy ofAveyrone والأطفال الذئاب Wolf children، الذين عاشوا وتربوا فى الغابات مع الحيوانات المتوحشة التى تبنتهم بوصفهم من جملة صغارها، وكان هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة فى المشى العادى منتصبين، ويجرون على الأربع بسرعة كالحيوانات، ولم يظهر عليهم أى مظاهر للخجل من وجودهم عرايا، وكانوا فى سلوكهم وتناولهم للطعام كالحيوانات يلعقون الطعام بغمس الفم فيه.

وكما يتعلم الطفل من بيئته الاجتماعية وبخاصة الأبوين اللغة وعادات السلوك وذلك عن طريق القدوة يتعلم كذلك أساليب السلوك السوى وغير السوى، فإذا ما كان الأبوين مثلا يتسمان بالتفاؤل والنضج والاتزان الانفعالى والاجتماعية استطاع الطفل أن يتعلم منهما هذه الصفات السوية، أما الآباء القلقون فأبنائهم فى معظم الأحيان قلقين يرون الخطر فى كل ما يحيط بهم من مواقف، والأم العصبية أو المدرسة الثائرة يعلمان الطفل العصبية والتهور، وقد يعانى الطفل من أفكار اكتئابية تشاؤمية إذا كان الوالدان يغلب عليهما الضمير القوى الصارم أو يعانيان من هذه الأفكار، وقد اتضح أن أطفال الأم الصامتة غير السعيدة يعانون من الكآبة، وأن الأبوين الخجولين الهادئين غالبا ما ينتجان أطفالا خجولين إذا ما كانت هناك عوامل وراثية عندهم تحمل استعدادا للخجل بالإضافة إلى العيش مع هذين النموذجين الخجولين.

وقد يتعلم الطفل من أبويه الشك ولوم الناس وعدم الثقة فيهم والميل إلى الانسحابية والعزلة، وهى خصائص تساعد على تكوين الأوهام البارانويدية، وربما يتعلم أيضا عن طريق التقليد – واقتداء بأبويه – تلك الأوهام الخاصة بالشكوى من أمراض جسمية غير حقيقية أو توهم المرض الجسمى وكذا أوهام الغيرة المرضية إذا ما كان أبواه يعانيان من هذه الأوهام. كما يقلد الطفل أيضا أبويه فى اعتقاداتها

الشاذة المشابهة للأوهام المرضية كالتعصب ونمو الاتجاهات العنصرية والتي قد تستند أحيانا على أساطير وخرافات.

وقديما كان الأطفال فى مجتمعات معينة يتعلمون بعض العقائد الشاذة تقليدا لآبائهم مثل عبادة الأصنام أو الأبقار أو النار، ظنا منهم بأنها قد تؤثر على حياتهم ومستقبلهم (أوهام التأثير المرضية أو ضلالات التأثير delusions of influence).

وقد وصف القرآن الكريم تمسك كثير من الناس فى جميع عصور التاريخ بأفكار آبائهم وعباداتهم - بالرغم مما كان فيها من أوهام وخرافات، وعدم قدرتهم على النظر فى عقيدة التوحيد التى كان يدعوهم إليها الأنبياء والرسل بفكر متحرر من قيود العادات والتقاليد والأفكار القديمة، فنجد فى آيات قرآنية نقدا لاذعا إلى المشركين الذين كانوا يقلدون آبائهم فى أفكارهم وعقائدهم ويلغون عقولهم، ويعطلون تفكيرهم. وهكذا نجد أن التربية الصحيحة تتطلب جهدا من الآباء والمربين بأن يحاولوا أن يكونوا قدوة حسنة لأطفالهم، فلا ينهونهم مثلا عن شئ ما ويستبيحونه لأنفسهم، ولقد كان للقدوة الحسنة أهمية كبرى فى غرس الإيمان وبالتالى الشعور بالأمن والطمأنينة فى نفوس المسلمين، فكان النبى عليه الصلاة والسلام قدوة حسنة للصحابة رضى الله عنهم، وكانوا جميعا قدوة لسائر المسلمين.

ويرى الباحثون أن محتوى الأوهام المرضية الناتج عن الثقافة culture-bound content in delusions يكتسب عادة فى مرحلة الطفولة من المنزل والمدرسة فى المراحل الأولى من التعليم، حيث تختلف هذه الأوهام فى مضمونها باختلاف البيئة الثقافية، فقد اتضح مثلا بأن المرضى الأمريكيين ذوى الأصل الايرلندى يغلب عليهم الأوهام الجنسية المرضية وأوهام الأثم أو مشاعر الذنب delusions of sin ، وكذا أوهام الاضطهاد المرضية والرغبة فى مقاومة السلطة، أما ذوى الأصل الإيطالى فكانت تكثر لديهم الأوهام الخاصة بالشكوى من أعراض جسمية مرضية hypochondricaldelusions ، على أن مادة هذه الأوهام وموضوعاتها كانت تستمد من البيئات الثقافية التى كان يعيش فيها المرضى.

ب) تدعيم السلوك:

يلاحظ أن تعلم الأوهام المرضية لا يقتصر فقط على عمليات التقليد أو المحاكاة وإنما يتم أيضا عن طريق تدعيم الأفكار أو الكلام أو التصرفات المعبرة

عن الوهم المرضى كسلوك. ويقول المن وكراسنر Ullmann & Krasner فى تفسيرهما السلوكى للأوهام المرضية أن المرضى الذين يعانون من هذه الأوهام وبخاصة الفصاميين يفشلون فى الحصول على التدعيم الاجتماعى من جراء سلوكهم المعتاد، لهذا يلجأون إلى سلوك شاذ كى يلفتوا انتباه الآخرين إليهم، ويتمثل هذا السلوك فى الأوهام المرضية، فمجرد تحدث المريض عن آرائه الشاذة الغريبة الممثلة فى هذه الأوهام ووجود من يستمع إليه يعتبر فى حد ذاته تدعيما لاستمرار هذه الأوهام.

وهناك رأى ثالث يعتبر الأوهام المرضية استجابات تجنبية delusions as avoidance responses ، وتهدف هذه الاستجابات إلى محاولة التخلص من المثيرات المؤذية، فمريض الفصام مثلا لا يستطيع تحمل القلق لذلك فهو يلجأ إلى الأوهام المرضية لتخفيف حدة ما يشعر به من قلق anxiety reducing ويعتبر هذا تدعيما سلبيا، هذا وبالرغم من إعجاب بعض علماء النفس بهذه النظرية الأخيرة إلا أنها لم تلقى تأييدا كافيا من الدراسات التجريبية.

الفصل الرابع عشر

العوامل الوجدانية

أعتقد المتخصصون فى عَلم النفس فى بادئ الأمر أن الأوهام المرضية أو الآراء الشاذة التى يتمسك بها الفرد بالرغم من غرابتها وخطئها إنما تعبر عن غباء صاحبها أو انخفاض فى مستوى ذكائه، ومن أمثال هؤلاء الباحثين جرهل Gruhle (١٩٣٢) وغيره، إلا أن هذا الرأى لم يصادف نجاحا يذكر حيث أظهرت الدراسات أن بعض المرضى الذهانيين وبخاصة مرضى الهوس لا يقلّ مستوى ذكاؤهم عن الأسوياء بل يزيد أحيانا، كما اتضح فى دراسة لشابمان وشابمان Chapman & Chapman (١٩٧٣) أن بعض مرضى الفصام وبخاصة الفصام البارانويدى الذين يعانون من الأوهام المرضية قد يتفوقون أحيانا فى مستوى ذكائهم عن الأسوياء.

ويقول بلويلر Bleuler (١٩٥٠) أن دور التفكير الصورى فى تكوين الأوهام المرضية غير واضح وغير حاسم وذلك بالرغم من أن بعض المرضى يظهر من كلامهم أنهم يعانون بالفعل من اضطراب فى هذا النوع من التفكير، كما فى حالات عدم الترابط بين الأفكار أو غموضها وغير ذلك من أعراض لدى مرضى الفصام، ويؤكد بلويلر وغيره بأن هناك مرضى كثيرون يعانون من الأوهام المرضية ولا يظهر عليهم اضطراب فى التفكير وبخاصة بعد أن تستقر حالاتهم، وعلى هذا فدور اضطراب التفكير وحده فى ظهور الأوهام المرضية يمكن أن يكون محدودا، وينبغى الاهتمام أيضا بدراسة أثر العوامل الوجدانية على العمليات المعرفية وبخاصة ما يرتبط منها بالعزو السببى أو تفسير الناس للسلوك والمواقف، حيث قد يترتب عن هذا ظهور للأوهام المرضية.

وكان بلويلر أيضا هو أول من اقترح بأن الأوهام المرضية يمكن أن تنشأ بسبب التفاعل بين اضطراب التفكير واضطراب الانفعال، حيث قال بأن تزايد قوة الانفعال قد يؤدى إلى إضعاف القدرة على الاستنتاج المنطقى مما يؤدى إلى ظهور الأوهام المرضية، موضحا رأيه بهذا النموذج:

تزايد قوة التأثير الانفعالى --> ضعف إمكانية الاستدلال المنطقى --> أوهام مرضية.

وقد أشار بلويلر إلى مجموعة من الانفعالات والدوافع التى قد تؤدى إلى التأثير على إمكانية الاستدلال المنطقى وهى: الغضب والخوف والحب والدافع إلى التملك والثروة والدافع الجنسى وحب الشهرة، وعندما تسيطر هذه الدوافع والانفعالات على الإنسان يتدهور تفكيره المنطقى مما يؤدى إلى ظهور الأوهام المرضية، ويعتبر ستوكر Stocker (١٩٤٠) أن جميع الأوهام المرضية يمكن أن تنتج عن حالات انفعالية أربعة هى: الاكتئاب، والهوس والقلق والشك.

ونعرض فى هذا الجزء لدور الوجدان فى تفسير الفرد العادى للسلوك والمواقف وكيفية ظهور الأوهام المرضية.

أ - الوجدان وتفسير الناس للسلوك والمواقف:

(١) مقدمة:

يقول "فورجاس" Forgas (١٩٩٤) أنه بالرغم من أن تأثير الوجدان على التفكير والإدراك الاجتماعى معروف عند بعض الناس والفلاسفة، إلا أن علماء النفس قد تأخروا نسبيا فى الدراسة العلمية لهذا الموضوع، لذا فقد ظلت الميكانيزمات الخاصة بتأثير حالاتنا المزاجية والانفعالية على أحكامنا على الآخرين وسلوكهم فى حياتنا اليومية مجهولة إلى حد ما ولم تقدم الأدلة العلمية والتجريبية التى يمكن أن توضح كيف يحدث هذا التأثير إلا حديثا جداً، فحتى وقت قريب، كان هناك اعتقادا سائداً بأنه يمكن دراسة نشاط المكونات الوظيفية الثلاث للشخصية (١) وهى: المكون المعرفى cognitive والمكون النزوعى (الإرادة والعمل) conative والمكون الوجدانىaffective كل على حده.

وتستخدم كلمة وجدان affect كمفهوم شامل يشير إلى المزاج mood والانفعال والعاطفة. والمزاج هو شعور عام غير محدد فى الأغلب وعادة ما لا نتبين له سببا واضحا، كالشعور بحسن الحال أو سوئه أو الملل، أما الانفعال فهو أكثر حده ونرى فى الأغلب أن له سبباً، وهو غالبا أقصر فى مدته أو فى المدة التى يستغرقها من الحالة المزاجية ومن أمثلته الغضب والسرور، أما العاطفة فهى مجموعة من الانفعالات تتركز حول موضوع معين كالحب والكراهية والأمومة.

والوجدان وما يتضمنه من عواطف وانفعالات هو بمثابة القلب النابض للشخصية، وإلى جانب أهميته فى التكوين الوظيفى لشخصية الإنسان فإن له دور

فعال في كيفية رؤيتنا لعالمنا الاجتماعي، ولعل أهم ما يميز الحالات الوجدانية وبخاصة الانفعالات هو التغيرات العضوية أو الفسيولوجية المصاحبة لها، فالانفعال قد يسبب - مهما كان ضعيفا - بعض التغيرات الفسيولوجية في أعضاء جسم الإنسان، فقد يصحبه مثلا بعض التغيرات الحركية مثل التغير في ملامح الوجه وتعبيرات الجسم وتوتر العضلاتَ وإفراز العرق إلى جانب التغيرات الداخلية مثل شدة ضربات القلب وسرعة النبض وإفراز الغدتين الكظريتين لهرمون الأدرينالين والنورا أدرينالين والتغيرات في جدران المعدة وحركات الجهاز الهضمي وغير ذلك، وهذه التغيرات وغيرها يترك بعضها أحاسيس تؤثر فينا بشكل ما أو بآخر بطريقة قد تساعدنا أحيانا على التعرف على ما نشعر به من انفعال وكثيرا ما تؤثر هذه التغيرات على تفسيرنا لسلوك الآخرين.

فبالرغم من أهمية العوامل المعرفية لنشوء الخبرة الانفعالية إلا أنه لا يمكن إنكار أثر التغيرات الفسيولوجية سواء كانت ناتجة عن انفعال ما أو عوامل أخرى في التأثير علينا في تفسيرنا للسلوك، فقد تبين مثلا أن الأشخاص المثارين جنسيا يصبحون أكثر ميلا للعدوان من غير المثارين، وهؤلاء المثارين جنسيا لا يدركون بطبيعة الحال أن الإثارة هي السبب، بل أنهم قد يجدون في الموقف الاجتماعي - وما يتضمنه من تصرفات أو شخصيات - الأسباب التي قد تدفعهم إلى الاعتداء على الآخرين، ويشير نموذج الوجدان كمكانيزم للمعلومات affect as information mechanism "لفورجاس" (١٩٩٤) إلى أن الأشخاص الذين يحملون إثارة أو مشاعر ناتجة عن مواقف سابقة كانت قد مرت بهم قد لا يعزون هذه الإثارة إلى مصدرها الأصلي بل يرجعونها في الأغلب إلى مواقف أو مصادر أخرى لاحقة قد تكون هي التي أكثر جذبا لانتباههم في ذلك الوقت، أو يكونون أكثر وعيا بها عن غيرها، بالإضافة إلى أن هذه المواقف اللاحقة قد تبدو لهم وكأنها هي التي أثارت ما يحملونه من مشاعر، فالرجل الذي كان قد تعرض لإثارة جنسية بسبب رؤيته مثلا لفيلم سينمائي فاضح عندما يستمع إلى فكاهة غزلية قد يعتقد أنها مضحكة جدا ومثيرة وذلك إذا ما كان أكثر وعيا بها من الفيلم المثير، حيث قد يعزو ما يشعر به من إثارة إلى الفكاهة وكأنما يقول لنفسه "طالما أني مثار بهذه الدرجة فلابد أن تكون هذه الفكاهة مسلية"، كما اتضح مثلا كذلك أن الرجل المثار جنسيا قد يبالغ في تفسير سلوك طيب من امرأة وربما يؤلمه تأويلا يتفق مع حالته المثارة، ولعل أفضل ما يصور هذا مثال من مسلسل مشهور لرسوم هزلية، يمثل

أحد أبطاله أسدا يسمى "لايل"، يحاول التقرب بلهفة إلى لبؤة لا ميل لديها على الإطلاق إليه، فهو كثير النسيان لمواقف الصد التى يتعرض لها حتى أنه يدرك الإعراض كما لو أنه استجابات قبول مشجعة، لذا فإن إثارة "لايل" قد شوهت من تفسيره لسلوك اللبؤة لدرجة أنه صار يدرك كل أشكال التجاهل كتعبير عن ميل إيجابي منها إليه ، وعلى هذا أيضا فالحالات الانفعالية المختلفة وما يصحبها عادة من تغيرات فسيولوجية تؤثر على تفسيرنا لسلوك الآخرين، وقد توصل علماء النفس إلى أسس ومبادئ لإيضاح هذا التأثير منها: مبدأ التشبع الوجدانى فى أحكامنا على الآخرين والوجدان كميكانيزم للمعلومات.

هذا وفى مجال الأمراض النفسية كثيرا ما تحدث الأعراض النفسية والعقلية بسبب تغيرات فسيولوجية، وقد تتضمن هذه الأعراض اضطرابات فى التفكير كالضلالات والشك مثلا عند الذهانيين، وهذان العرضان ما هما إلا سوء تفسير شاذ من المريض لتصرفات الآخرين، وقد تخفف حده هذه الضلالات أو الشك عن طريق تغيرات فسيولوجية نحو الأفضل عندما يتعاطى المريض العقاقير التى شاع استخدامها كوسيلة للعلاج النفسي، حيث تحدث هذه العقاقير تغيرات بيوكيميائية فى مراكز معينة من الدماغ، كما أن من المهدئات كذلك ما يستخدم لعلاج القلق، والمريض بعصاب القلق عادة ما يرى فى كثير من أحداث حياته اليومية ما يهدد كيانه لأنه يؤوله تأويلا سيئا، وهكذا بالنسبة لبعض الأعراض النفسية الأخرى كالاكتئاب والهوس حيث يكون ظهورها واختفاؤها مرتبط بتغيرات بيوكيميائية عند الشخص.

(٢) مبدأ التشبع الوجدانى فى أحكامنا على الآخرين: the principle of affect infusion

المقصود بالتشبع الوجدانى هو العملية التى تؤثر بها المعلومات الخاصة بالوجدان على حكمنا على الآخرين وتصبح هذه المعلومات جزءا من عملية الحكم ذاتها، أى أن عواطفنا أو حالاتنا المزاجية والانفعالية تنفذ إلى عمليات تكوين الأفكار التى تساعدنا على أن نكون رأيا أو انطباعا عن شخص ما أو عن سلوكه أو مشاعره أو نواياه أو نحو ذلك وبذا يتلون حكمنا على هذا الشخص بحالتنا المزاجية أو بعاطفتنا نحوه، ويرمز لهذا المبدأ بنموذج التشبع الوجدانى affect infusion model (AIM).

ويوضح نموذج التشبع الوجداني بأنه بالرغم من الاعتقاد السائد بأن المكـون الوجداني هو جزء مميز عن المكون المعرفي من الشخصية إلا أنه في واقع الأمـر يتفاعل معه كما أنه يغذي أفكارنا وأحكامنا على الآخرين من خلال التـأثير علـى عملية المعالجة التكوينية أو البنائية للمعلومات، ويتفق هـذا الـرأي مـع المنحـى الوظيفي للوجدان (بير كويتز Berkowitz ١٩٩٣ و"فريجيـدا" Frigida ١٩٨٨) والذي يشير إلى أن خبرة أي حالة انفعالية هي حالة معرفية.

ب ـ الوجدان كميكانزم للمعلومات والأوهام المرضية:

affect as information mechanism وترى هذه النظرية أن للحـالات المزاجية دور مباشر خاص بالمعلومات التي يستقبلها ويعالجها المـخ البشـري[١]، فهي ضرورية كي نصدر أحكامنـا علـى الآخريـن أو سـلوكهم فـي المواقـف الاجتماعية، لأن هذه الحالات تستخدم كوسيلة كشفية تسـاعد الشـخص علـى أن يتعرف على مشاعره أو ردود أفعاله الانفعالية تجاه موضوع الحكم شخصا ما كـان أو سلوكا، وقد اقترحت هذه الفكرة أولا بواسطة "وايـر وكارلسـتون" Wyer& Carlston (١٩٧٩) كما أن أصولها الأولى تمتد قديمـا إلـى مبـادئ الارتبـاط الشرطي، والتي تشير إلى أن عمليات الإدراك الاجتماعي ليست مجـرد تصويـر دقيق للعالم الخارجي المحيط بالفرد ولكنها انعكاسات في شعور الإنسان تتـم وفـق نظرية الانعكاس[٢] وقوانين الارتباط الشرطي.

وكما هو معروف ، يعتمد الإدراك الحسي على عمليات تجهيز المعلومـات ومعالجتها وأيضا على التذكر، ويرى أصحاب نموذج الوجدان كميكانيزم للمعلومات أن هذه العمليات العقلية كثيرا ما تتركز أو تتصـب حـول المعلومـات الخاصـة

---

[١] شاع بين علماء النفس المعاصرين استخدم بعض المفاهيم المستخدمة علـوم الحاسـب الآلـي لدراسة موضوعات في علم النفس كالتذكر والإدراك والتفكير وأيضا في مجال الوجدان، كمـا يلاحظ أن النظريات المعاصرة عن الوجدان هي نظريات معرفية، وهي تنظر إلـى الوجـدان كمكون خاص بنظام معالجة المعلومـات واسـترجاعها information processing and retrieval system .

[٢] اقترح هذه النظرية سيشينوف في كتابة "منعكسات الدماغ" (١٩٦٣) وأعاد صياغتها بعده "بافلوف".

بالوجدان فى حالات الإدراك الاجتماعى والحكم الاجتماعى، فالفرد مثلا وهو بصدد تكوين حكمه عن تصرف أو شخص أو موقف اجتماعى ما - بدلا من أن يسترجع معلوماته الخاصة بهذه الأشياء - فإنه يسأل نفسه تلقائيا ما هو شعورى حيال هذا التصرف أو الشخص أو الموقف how do I feel about it، وهو يميل إلى استخدام وجدانه كوسيلة كشفيه سهلة تساعده على الإيضاح بأقل جهد ممكن، ووفقا لهذا الرأى قد يرى الفرد كثيرا من الأمور الاجتماعية من خلال حالاته المزاجية أو الانفعالية.

وقد كلف أحد الباحثين بضعة أشخاص فى وصف صوره معينة وهم فى حالات مزاجية مختلفة من الرضا والتزمت والقلق، وكانت الصورة تمثل أربعة من التلاميذ يجلسون فى الشمس، يكتبون ويستمعون إلى المذياع، فجاءت الأوصاف مختلفة باختلاف الحالات المزاجية لأصحابها، قال أحدهم وهو فى حالة الرضا: أن التلاميذ فى حالة استجمام تام يستمعون إلى الموسيقى ولا يفكرون فى شئ البته، وقال أحدهم وهو فى حالة التزمت: أنهم يحاولون المذاكرة عبثا، وها هو أحدهم قد أتلف بنطلونه المكوى بجلسته المهملة، ثم قال الثالث وكان فى حالة القلق "إنهم ينتظرون نتيجة الامتحان ويبدو أنهم غير واثقين من نجاحهم.

وقد ينظر شخص مسرور إلى مجموعة من الأطفال يلعبون ويمرحون فيرى فى لعبهم هذا ترويحا محببا، بينما قد ينفر منهم شخص آخر فى حالة نفسية سيئة ويفسر نشاطهم بأنه عبث واستهتار وإزعاج للغير.

وهناك أمثلة متعددة فى حياتنا اليومية عما يمكن أن يحدث من تحريف فى تفكيرنا بسبب حالاتنا الانفعالية، فقد نرحب أحيانا بشخص لا نعرفه جيدا وكأنه صديق حميم عند ابتهاجنا وسرورنا لسبب ما آخر لا علاقة له بهذا الشخص، وقد نضخم من أحداث تافهة ونعتبرها وكأنها مشكلات كبرى بسبب ما نشعر به من ضيق أو قلق من أحداث أو عوامل أخرى. وازدياد حدة الانفعالات واستمرارها قد يساعد على ظهور الأوهام المرضية، ويعطى ونترز ونيل Winters & Neale (١٩٨٣) مثالا لهذا بمريض يعانى من انفعالات الخوف والقلق والحزن الشديد بسبب حالته المرضية، وهذا المريض جالس يتناول طعامه بمستشفى الصحة النفسية، وعادة ما تكون أسباب هذه الانفعالات غير واضحة لديه، فهو يراها مجهولة غامضة، وإذا ما حاول هذا المريض تفسير موقفه الخاص بتناوله للطعام

في ضوء حالته الوجدانية أو الانفعالية الراهنة أو إدراك معنى لما يشعر به من خوف وقلق وهو يتناول طعامه هذا فربما يعزوه إلى أن طعامه به سم قاتل أو أن الممرضة التى قدمت له صينية الطعام تريد أن تقتله بالسم لأنه مثلا ضايقها أو أن جاره المريض يريد أن يطعنه بالسكين الذى يتناول به طعامه، على أن مثل هذه التفسيرات بالنسبة للشخص الذى لا يعانى من القلق أو الخوف يمكن أن تعد حمقاء لا صحة لها.

وموضح فى الدليل التشخيصى للجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association أن الأوهام المرضية تتفق مع الحالة الوجدانية mood congruent delusions في كل من ذهان الهوس والاكتئاب والجنون الدورى. ففى حالات الهوس مثلا يعانى المرضى من أوهام العظمة ويتعرض مرضى الاكتئاب لأوهام الاثم.

وهكذا قد يخطئ الشخص ويعزو مشاعره التى كانت قد تولدت من موقف سابق (أو بسبب حالة فسيولوجية أو نفسية ما) إلى تصرف أو شخص فى موقف جديد يجابهه (شوارز Schwarz ١٩٩٠ وكلور وزملاؤه Clore et al ١٩٩٣)، فعندما يثار شخص ما انفعاليا أو بدنيا بسبب مواجهته مشكلة أو تعرضه لجهد بدنى شديد، فإن هذه الإثارة قد لا تزول تماما مع الوقت، وقد يعزو الفرد ما يشعر به من إثارة متبقية إلى موقف اجتماعى جديد وبخاصة إذا ما اتسم له بالأهمية والغموض، لذا يلاحظ تزايد حالات سوء التفاهم بين الناس مع تعرضهم لحالات الإجهاد والضغط النفسى، وقد كانت تفسر هذه الظاهرة فيما مضى فى ضوء نظريات مثل: الإحباط والعدوان لدولارد وزملاؤه .Dollard et al (١٩٣٩) أو إبدال العدوان لميللر Miller (١٩٥٥) أو نظرية تحول الإثارة ecitation transfer theory لزيلمان Zillman (١٩٧٩).

ج) ميكانيزمات التهيؤ الوجدانى والأوهام المرضية:
affect-priming mechanisms

ويقصد بها ميكانيزمات تنشيط حالات وجدانية عن طريق تذكر الأحداث والمشاعر المرتبطة بها بحيث تصبح هذه الحالات سائدة، وهو ما يعرف بالعامية بـ "الشحن" فقد لاحظ "البرت باندورا" Albert Bandura (١٩٦٩) أن الناس يمكن أن يثاروا جنسيا عن طريق التخيلات الجنسية، وأن يسود الخوف لديهم

عندما يتخيلون المواقف المخيفة، وأن يسيطر عليهم الغضب من شخص ما عندما يجترون أو يسترجعون التصرفات المعبرة عن الإهانات أو سوء المعاملة التى صدرت منه، ويصف "باندروا" مثالا لزوج يعانى من أوهام الغيرة المرضية اعتقد أن هناك علاقة بين زوجته وأحد أقربائه بسبب تحدث هذا القريب إلى زوجته بطريقة ودية فى حفل أقيم بمناسبة عيد الميلاد، حيث ظل هذا الزوج قرابة عامين يسترجع هذه الواقعة وما يرتبط بها من أحداث فرعية أخرى وتصرفات، ويجتر أفكارا سوداء عن أخطاء وهمية وإساءات اعتقد أن قريبة قد ارتكبها فى حقه، إلى أن شاهد فيلما تلفزيونيا عن رجل يحاول اغتصاب امرأة متزوجة فى منزلها، ثم تصادف رجوع زوجها إلى المنزل حيث نشبت معركة عنيفة بينه وبين المعتدى استخدمت فيها المسدسات، فتأثر الزوج الغيور لهذا المشهد ثم ذهب إلى منزل قريبة وأطلق عليه النار وقتله، وهكذا ظل هذا الزوج يثير نفسه انفعاليا بتذكره لتصرفات وأفعال تسبب الغضب فترة من الزمن حيث تهيأ انفعاليا للعدوان، ثم إثارة أكثر بعد ذلك مشهد العنف فى التليفزيون مما دفعه إلى مهاجمة المجنى عليه.

وتتكون بعض أوهام الغيرة المرضية والأوهام الاضطهادية وفقا لهذا المبدأ، وقد تبين أيضا أن الأوهام المرضية فى معظم الأمراض النفسية باستثناء حالات الفصام – تتفق مع الحالة الوجدانية للمريض mood congruent delusions .

ففى حالات الهوس يعانى المرضى من أوهام العظمة بسبب ما قد يتعرضون له من حالات سرور شديد، ويتعرض مرضى الاكتئاب لأوهام الاثم، كما اتضح أن المرضى ذوى الأوهام الاضطهادية أكثر وعيا وتذكرا من غيرهم للألفاظ المعبرة عن الاضطهاد والتهديد، ففى دراسة لكانى وزملائها Kaney et al. (١٩٩١) عرضوا فيها على مجموعات ثلاث: إحداهما من مرضى الاكتئاب وأخرى من مرضى يعانون من الأوهام الاضطهادية وثالثة من الأفراد الأسوياء عددا من القصص تضمن نصفها إحداثا مهدده والنصف الآخر يتضمن أحداثا غير مهددة، ثم طلب منهم إعادة روايتها، وكان المرضى الذين يعانون من الأوهام الاضطهادية أقل المجموعات الثلاث فى تذكر القصص ذات الأحداث غير المهددة إلا أنهم كانوا أكثرهم تذكرا للقصص ذات الأحداث المهددة وتفاصيلها.

وفى دراسة أخرى لهؤلاء الباحثين عرضوا فيها ثلاث أنواع من الكلمات على مثل هذه المجموعات الثلاث: النوع الأول من الكلمات مرتبط بالحزن مثل: كرب، مرض، بكاء، يأس، تابوت، مقبرة، ويتضمن النوع الثانى من الكلمات

التهديد مثل: سطو، نصب، قتل ، خداع، سكين، خطر، سموم، انفجار، أما النوع الثالث من الكلمات فكان عبارة عن كلمات محايدة لا تسبب انفعالات مثل: ذهب، استيقظ، نوم، معقد.

وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن المرضى ذوى الأوهام الاضطهادية كانوا يتذكرون الكلمات المعبرة عن التهديد والاكتئاب أكثر من تذكرهم للكلمات المحايدة، وقد تذكر الأفراد المكتئبون الكلمات المعبرة عن الاكتئاب فقط أكثر من تذكرهم للكلمات المعبرة عن التهديد أو الكلمات المحايدة.

أما فى حالات الفصام فكثيرا ما تتفكك وظائف الشخصية أو مكوناتها الوظيفية وهى: المكون المعرفى والوجدانى والمكون الخاص بالإرادة والعمل، حيث يسير كل منهما فى واد، أو بمعنى آخر لو شبهنا الشخصية بساعة لها ثلاث تروس لأمكن أن نتخيل أن كل منهما يسير كيفما اتفق دون اعتبار للمكون الآخر، فالوجدان أو الانفعال مثلا كثيرا ما لا يتفقان مع مجريات الأمور ولا مع التفكير، فقد يبدو على المريض الفرح والسرور فى الأوقات التى تتطلب الجد أو الحزن وبالعكس، كما أن مريض الفصام يعانى من تبلد فى الوجدان وقد لا يظهر أى انفعالات بالمرة وكأنها انسحبت إلى الجزء الأعمق من الشخصية أو أنها مسطحة flat affect .

وعلى هذا فبالرغم من الاتفاق الذى وجده الباحثون بين الحالات الوجدانية والأوهام المرضية لدى مرضى الذهان إلا أنه قد تعذر وجوده عند نسبة كبيرة من مرضى الفصام، وذلك فيما يتعلق بمعظم الأوهام المرضية، باستثناء أوهام الاضطهاد المرضية، ولذلك توصف أوهامهم المرضية بأنها لا تتفق مع حالاتهم الوجدانية mood incongruent delusions أو أنها شاذة bizarre ، ويقول جنجنجر وزملاؤه Junginger.et al (١٩٩٢) أن مرضى الفصام لا يوجد لديهم هذا الاتفاق فى أغلب الأحيان لغياب الموضوع الوجدانى ذاته absence of a mood theme ، هذا بالإضافة إلى أن الحالة الانفعالية لدى المريض كثيرا ما تكون مغايرة لموضوع وهمه المرضى. ويقول الباحثون أنه لا زالت هناك حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات على مرضى الفصام لفهم هذه الظاهرة، وقد يفيد عرضنا لأثر العوامل المعرفية على تكوين الأوهام المرضية وبخاصة الأوهام الاضطهادية على فهم أكثر لأسباب نشوء هذه الأوهام.

الفصل الخامس عشر

العوامل المعرفية والأوهام المرضية

ويقصد بها تلك العوامل الخاصة بمجموعة القدرات العقلية مثـــــل: الإدراك والفهم والتخيل والتذكر والحكم والاستدلال والتفكير، وقد اعتــبر القدمـاء أن كـل التصرفات الشاذة سببها العقل المضطرب، فقد رأى أفلاطون مثلا أن الأفراد الذيـن يتميزون عن غيرهم بالسرور الشديد أو الحزن العميق يفتقرون إلى العقل، ويمكــن القول تبعاً لهذا بأن الاضطرابات الوجدانية سببها اختلال العقل.

وقد اقترح الباحثون عددا من العمليات المعرفية كأسباب للأوهام المرضيـة، ولعل من أبرزها : التفكير المتسم بالتضمين الزائد over inclusive thinking أو الفشل في الاستدلال المنطقى failure in logical reasoning أو التحـيز فــى العزو السببى bias in causal attribution .

ويقصد بالتفكير ذا التضمين الزائد ذلك التفكير المشتت الغـــامض الــذى لا يعالج مشكلة محددة أو يطرق موضوعا ما على نحو جيد بسبب تضمنه للكثير مــن الأفكار والمفاهيم التى لا علاقة لها بموضوع التفكير، هـــذا وبـــالرغم مـــن تعـدد الدراسات التى تمت حول هذا النوع من التفكير وعلاقته بالأوهـــام المرضيـــة فلــم يظهر هناك دليل يشير إلى ارتباطه بهذه الأوهام (باين Payne ١٩٧٣) بل اتضـح أن له علاقة بسمات شخصية أخرى قد يكون بعضها موجودا عند الأسوياء كالثرثرة والنشاط الزائد والسرعة الحركية والعداوة الصريحة.

ونناقش فى هذا الفصل أثر كل من الخطأ فى الاستدلال المنطقى (بنوعيـــه الاستنباطى والاستقرائى) والعزو السببى على تكوين الأوهام المرضية.

١ – الخطأ فى الاستدلال المنطقى والأوهام المرضية:

اقترح فون دوماروس Von Domarus (١٩٤٤) – فيما يتعلق بـــالتفكير الاستنباطى[1] – أن المرضى الذين يعانون من الأوهام المرضية يعانون أيضا مـــن

[1] من أمثلة التفكير الاستنباطى "كل الأمراض تؤدى إلى ضعــف الجسـم والرومـــاتيزم الــذى تعرضت أنا له مرض إذا فالروماتيزم يمكن أن يؤدى إلى ضعف فى جسمى، ويطلـــق علـــى القضية (الجملة) الأولى والثانية المقدمتان، وهما تمهدان للنتيجة وهى القضية الثالثة.

عدم القدرة على الاستدلال المنطقى الاستنباطى الصحيح بسبب فشلهم فى التمييز بين المسند إليه (أو الموضوع) والمسند (أو المحمول) فى القضايا المنطقية.

فهم يتمسكون فى كثير من الأحيان بمفهوم التفكير المحمول predicate thinking حيث لا يتبعون فى قواعد المنطق التقليدى فى الاستنباط، ففى المنطق التقليدى مثلا نجد هذا الاستنباط.

إذا كانت كل الكلاب ذات أربعة أرجل

و"بوبى" كلب

إذا بوبى له أربع أرجل .

أو

إذا كانت كل الكواكب تدور

والأرض كوكب

إذا فالأرض تدور

وفى مثل هذا المنطق نجد فى المثال الأول أن بوبى والأربعة أرجل قد تم تطابقهما لأنها جانبان لنفس الموضوع وهو الكلاب، كذلك فى المثال الثانى فى الأرض ودورانها هما كذلك جانبان لموضوع واحد هو الكواكب، فى حين أنه باتباع المنطق المحمول يخطئ التفكير كالآتى.

إذا كانت كل الكلاب ذات أربعة أرجل

والأحصنة ذات أربعة أرجل

إذاً فالأحصنة هى كلاب

أو

إذا كانت كل الكواكب تدور

وهذه العجلة تدور

إذا هذه العجلة كوكب

وذلك لأنه فى المثال الأول تتقاسم الكلاب والأحصنة نفس المسند إليه أى "الأرجل الأربعة"، أما فى المثال الثانى فالكواكب وهذه العجلة تتقاسم الدوران.

وتبعا لفكره "فون دوماروس" اعتقد أحد المرضى النفسيين – وقد تملكه الغرور وحب العظمة – أنه نابليون بونابارت وحجته فى هذا كانت كالآتى:

نابليون فرنسى

وأنا فرنسى

إذا فأنا نابليون بونابارت

ومن هذا المنطق توصل المريض إلى استنتاجات أخرى هى: إذا كنت أنا نابليون فلابد وأن تكون زوجتى جوزفين، وعلى هذا فهؤلاء الممرضين الذين أراهم هنا بالمستشفى هم فى حقيقة الأمر حراس السجن البريطانيين، ولن يتركونى أخرج من هنا بأى حال، والمريض يستند فى تفسيره لاعتقاده بأنه نابليون على المنطق المحمول، أى وفقا لتطابق المحمول فى القضيتين الأولى والثانية وهو كلمة "فرنسى".

وهناك أنماط ثلاث من الإسناد فى المنطق المحمول تقوم على أساس: النوع، والاتصال المكانى والاتصال الزمانى، ويتضح الإسناد القائم على النوع فى أمثلة: "الأرجل الأربعة" و "الدوران"، وفى حالة الإسناد القائم على الاتصال المكانى نجد مثالا له فى حالة الفصامى الذى يشاهد أناسا كثيرين يقفون أمام مخفر للشرطة فيعزو هذا إلى أنهم جميعاً رجال شرطة، ويمكن أن نجد مثالا للإسناد القائم على الاتصال الزمانى فى الفصامى الذى يجد رجلين جالسين فى قهوة أو ملهى يضحكان لمجرد دخوله، فيعزو هذا إلى أنهما يستهزآن به، وهكذا نرى فى هذه الأمثلة أخطاء فى التفكير يقابلها أخطاء فى عزو السلوك.

على أنه عند محاولة تحليلنا للتفكير المحمول فإنه يكون من الصعب أحياناً تحديد المسند إليه الذى قام على أساسه هذا المنطق، حيث أنه لمعظم الموضوعات إمكانية وجود عدد هائل من الإسناد بحيث يمكن القول بأن التفكير المحمول - بالإضافة إلى غرابته أو شذوذه - فإنه غالبا ما يكون ذاتياً خاصاً بالفرد نفسه ومن غير الممكن فهمه.

ومن جهة أخرى، فإن التفكير المحمول كثيرا ما يتضمن تطابقا جزئيا أكثر من كونه يتضمن تطابقا كليا، فقد كان هناك مثلا مريض بالفصام يعتبر القوة إحدى خصائص الحصان، وكان يرى أن أحد أصدقائه يتصف بالقوة، واستنتج من ذلك أن هذا الصديق جزء منه رجل والجزء الآخر حصان.

أما فيما يتعلق بالجانب الآخر لعملية الاستدلال المنطقى وهـــو الاســتقراء والخاص بالتوصل من الأمثلة الجزئية إلى القواعد العامة أو التعميمات فهو أيضـــا كثيرا ما يضطرب لدى الفصاميين، وأحد المظاهر البارزة لاضطـــراب الاســتدلال نجده فى المبالغة فى التعميم حيث يقفز الفصامى إلى استدلالات خاطئة على أســـاس الحد الأدنى من الشواهد، فإذا حدث مثلا وأن رئيسه أو زميلا له لم يبادلـــه التحيـــة اعتقد أنه إنسان مكروه وغير مرغوب فيه من الجميع (وينر Weiner ١٩٦٦).

هذا وقد أثار دور الفشل فى الاستدلال المنطقى أو التفكير الصورى كثــيرا من الجدل والدراسات، ذلك أنه يبدو من كلام بعض مرضى الأوهام المرضية أنـــهم يعانون بالفعل من اضطراب فى هذا النوع من التفكير، ومع هذا فـــهناك الكثـــيرون من المرضى لا يعانون منه .

ومن الدراسات العديدة فى هذا الصدد من أجل إعادة تقييم دور اضطـــراب التفكير الصورى فى تكوين الأوهام المرضية دراسة أجريت علـــى ٣٠٦ مريـــض بالفصام تم اختيارهم من تسع بلدات أوروبية مختلفة، كان ٦٧% منهم يعانون مــــن أوهام الإشارة المرضية delusions of reference (حيث يغلب علـــى المريـــض الاعتقاد بأن الناس يشيرون إليه وأنه المقصود من تصرفاتـــهم ٦٤% مـــن هـــؤلاء المرضى كـــانوا يعـــانون مـــن أوهـــام الاضطـــهاد المرضيـــة delusions of persecution (اعتقاد الشخص بأنه سوف يهاجم من الآخرين أو أنه يتعرض فعـــلا للضرر منهم، ٤٨% منهم كانوا يعانون من أوهام السيطرة المرضيـــة delusions of control (حيث يعتقد المريض بأن مشاعره وأفكاره وتصرفاته تفـــرض علـــيه بواسطة قوى خارجية)، ويلاحظ أن مثل هذه الأوهام المرضية تكون موجودة أيضـــا لدى مرضى الذهان الوجدانى affective psychosis .

وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن نسبة ١٠% فقط من هؤلاء المرضـــى هم الذين كانوا يعانون فقط من اضطراب فى التفكير الصورى أو ســـوء اســتدلال منطقى فى تفكيرهم.

ويعلل كل من ونترز ونيل Winters & Neale (١٩٨٣) هـــذه النتيجـــة بقولهما بأن العلاج الطبى الدوائى الذى كان يتلقاه هؤلاء المرضى ربما كـــان يقلـــل من اضطراب التفكير الصورى ولكنه لم يقلل منه الأوهام المرضية، لذلك فالأوهـــام

المرضية أقل استجابة للعلاج الدوائى من اضطراب التفكير الصورى، لذلك فمن الخطأ التركيز فقط على هذا الاضطراب واعتباره السبب الأساسى فى تكوين الأوهام المرضية، ويتفق هذا الرأى مع الباحثين الذين يرون بأن الدراسات التى تجرى على التفكير الصورى عند الذهانيين لن تفيد كثيرا فى الكشف عن طبيعة الأوهام المرضية.

٢ – الوهم المرضى والعزو السببى delusion and causal attribution

عرضنا فيما سبق اتجاهان لدراسة الأوهام المرضية : الأول لماهر Maher (١٩٧٤) والذى يفيد فيه بأن الميكانيزمات المعرفية لدى الأشخاص ذوى الأوهام المرضية هى سوية أو طبيعية وأن سبب ظهور الأوهام المرضية إنما يرجع إلى محاولة المريض تفسير ما يواجهه فى بيئته من وقائع فى ضوء ما يتعرض له من أحاسيس شاذة، فالمريض – على حد قول ماهر – لا يعانى من شذوذ فى تفكيره الصورى أو فى استدلالاته المنطقية وإنما يعانى من شذوذ فى خبراته الحسية. ومن هذه الخبرات الحسية ضعف السمع أو انعدامه والذى قد يساعد على التعرض للبارانويا وأوهامها المرضية عندما تتوافر العوامل الأخرى المؤدية إلى هذا المرض، ولكن هذا الاتجاه لم يلقى تأييدا من كثير من الدراسات.

أما الاتجاه الثانى فهو يعلل الأوهام المرضية بالخطأ فى الاستدلال المنطقى أو التفكير الصورى، إلا أنه اتضح أن هناك كثيرين من مرضى الأوهام المرضية لا يعانون من أخطاء فى استدلالاتهم المنطقية وبخاصة أولئك الذين يتلقون العلاج الدوائى.

على أن هناك اتجاها معرفيا حديثا لتعليل أوهام العظمة والاضطهاد ظهر فى مجال العزو السببى، أى فى كيفية تفسير مرضى هذه الأوهام للسلوك والمواقف، حيث يقول أصحاب هذا الاتجاه بأن المرضى يتسرعون فى تفسير المواقف الاجتماعية وسلوكهم وسلوك الآخرين تفسيرا يتفق مع أوهامهم المرضية، أى يعطون وزنا أكبر للأدلة والمعلومات التى يمكن أن تبرهن على صحة أوهامهم ويهملون المعلومات المعارضة لتلك الأوهام. وذلك فى تفسيرهم للأحداث أو المواقف التى يواجهونها، فقد يعتقد مثلا مريض الفصام البارانويدى الذى يغلب عليه أوهام الاضطهاد والشك بأن زوجته قد دست له السم فى الطعام لأنه يعانى من

آلام في معدته عقب تناوله الطعام معها ولأنه كان هناك خلاف بينهما منذ يومين، متجاهلا مثلا المعلومات الأخرى التي تؤكد حرصها على حياته وتفانيها في خدمته أو أنها لا تجرؤ على الإقدام على هذا السلوك، وقد يرى هذا المريض أيضا أن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه قد رأى في الصباح الباكر شخصا يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر إلى مدخل حجرته، متجاهلا المعلومات التي تفيد بأن مخابرات الدولة لا يعنيها أمره.

وقد تركزت الدراسات التي انصبت حول هذه الأوهام على المقارنة بين دور العزو السببي في تكوينها وتكوين حالات الاكتئاب، أي على المقارنة بين مرضى الاكتئاب ومرضى الأوهام المرضية في تفسيرهم لنتائج السلوك والمواقف. ولكي يتسنى لنا فهم هذه المقارنة يجدر بنا عرض معنى العزو السببي وطبيعته عند مرضى الاكتئاب.

أ) العزو السببي:

قالت الزوجة تصف مشكلتها مع زوجها: "تزوجته منذ أربع سنوات ورزقت منه بولد، وفي العام الرابع نشب خلاف بيننا، وتدخلت أعز صديقة لي للإصلاح، وحين فشلت نصحتني بالطلاق منه لأنه لا أمل في إصلاحه ولا ينفع كزوج بالمرة، وبعد طلاقي بعام اكتشفت أن صديقتي هذه قد تزوجته، لا أصدق ما حدث وأكاد أفقد عقلي".

عادة ما تحاول صاحبه مثل هذه الرسالة أن تفكر في ما حل بها محاولة التعرف على أسباب النتيجة السلبية التي ترتبت عن خلافها مع زوجها. ويعرف هذا التفكير بالعزو السببي[1]، فقد تعتقد الزوجة أن السبب هو أن زوجها شخص خائن لا يوثق به بالمرة أو أن صديقتها خبيثة مخادعة أو أن كلاهما خائن وخبيث، وهي بهذا تعزو هذه النتيجة السلبية للموقف إلى عامل خارجي external ، أي عامل غير متضمن في شخصيتها، وقد ترى خلافا لذلك، أنها هي نفسها السبب فيما حل بها، لأنها طيبة أكثر من اللازم أو ساذجة، وهذا عامل داخلي internal ، فهي

---

[1] يرى علماء النفس أصحاب نظريات العزو أن النتائج غير المتوقعة تدفعنا أكثر للتفكير في أسبابها عن تلك المتوقعة.

التى عرفت زوجها بصديقتها واعتقدت أنها سوف تساعدها، وربما تعتقد الزوجة أن سذاجتها هذه صفة ملازمة لها طوال حياتها، أى أن السبب الذى أدى إلى ما حل بها داخلى ثابت stable ، وأن هذه الطيبة مثلا تؤثر مثلا على جوانب أخرى من حياتها وليس فقط حياتها الزوجية فهى عامة global ، وهكذا نجد أن هناك عوامل متعددة فى عملية العزو السببى سوف تناقش عند عرض حالات الاكتئاب والأوهام المرضية.

ب- العزو السببى عند مرضى الاكتئاب[1]:

(١) مشاعر العجز المتعلمة: learned helplessness

بعض الأشخاص قد يعتريهم نوع من الاستسلام أو اللامبالاة عندما يتعرضون للسجن أو الأسر فترات طويلة من حياتهم أو يواجهون بكوارث طبيعية شديدة أو طال أمدها، وأوضح مثال عن هذا هو ردود الفعل لأسرى الحرب فى معسكرات اعتقال النازى وقت إطلاق سراحهم، إذ كانت استجاباتهم عندما ينالون حرياتهم تتسم بالضحالة الانفعالية والسطحية والسلبية، ففى الوقت الذى وصلهم نبأ الإفراج عنهم ظل الكثيرون منهم مستلقين على أسرتهم فى معسكر الأسر بلا اكتراث ولم يحاولوا تركها أو حتى النهوض بالرغم من أنهم كانوا أصحاء معافى البدن، وقد سجلت كثير من الحالات المشابهة بواسطة الأفلام السينمائية للأشخاص الذين عانوا من الجوع فترات طويلة فى بنجلاديش وكذلك ضحايا الزلازل فى جنوب أمريكا حيث توقف الكثيرون منهم عن بذل أى محاولات للتغلب على هذه المصاعب وأصبحوا لا يفعلون شيئا على الإطلاق متجاهلين كل ما يحيط بهم من مشكلات.

وقد وصفت ظاهرة مشاعر العجز المتعلمة learned helplessness وقدمت فى بادئ الأمر على شكل مجموعة متسقة من الأفكار والمبادئ بواسطة مجموعة من علماء النفس المهتمين بالتجارب المعملية على الإنسان والحيوان فى جامعة بنسلفانيا أمثال "أوفر ماير وسليجمان" Overmier & Seligman (١٩٦٧)

---

[1] يختلف هذا السلوك عن الردود الفعلية المباشرة للإحباط، فمن المعروف أن رد الفعل المباشر للإحباط هو العدوان.

"وسليجمان ومـاير" Seligman & Maier (١٩٦٧) و "مـاير وسـليجمان وسولومون" Maier, Seligman & Solomon (١٩٦٩)، حيث أظهر هؤلاء وغيرهم أن الحيوانات إذا ما تعرضت أثناء تعلمها لأداء مهمة أو مطلب task معين لصدمات كهربائية مؤلمة لا يمكن لها أن تتفاداها inescapable فإنها تفشل فيما بعد فى تعلم أداء واجب أو مَهمة أخرى، وعرفوا هذه الظاهرة بأنها شعور متعلم بالعجز ، وبواسطتها يتعلم الحيوان أنه لا توجد علاقة بين محاولاته أو استجاباته مهما نوع منها للتخلص من المأزق وبين أى آثار سارة أو تجنب للعقاب المؤلم الذى يلقاه بصورة مستمرة وعشوائية.

على أن هؤلاء العلماء لم يكونوا فى واقع الأمر أول من تعرض لدراسة هذه الظاهرة، إذ كشفت بعض الدراسات السلوكية عنها بطريقة عفوية منذ أكثر من أربعين عاما وذلك فى تجربة "موررروفيك" Mowrer & Viek (١٩٤٨) التى أحضرا فيها عينه من الفئران مكونة من مجموعتين "أ" ،"ب" تعرضتا للجوع فترة من الزمن، ثم أعطيت كلا منهما الفرصة لالتهام الطعام لمدة ١٠ ثوان قبل التعرض لصدمة كهربائية شديدة ومفاجئة، وكانت هذه الصدمة تنتهى بالنسبة لأى فأر من المجموعة "أ" يقفز عاليا كنوع من التدعيم السلبى، وبالفعل تعلمت الفئران من هذه المجموعة استجابة القفز لأعلى عند تعرضها للصدمة. أما بالنسبة لفئران المجموعة "ب" فكانت الصدمات الكهربائية لا تمنع عنها إلا عشوائيا وبصرف النظر عن سلوكها، هذا علما بأن كمية الصدمات التى تعرضت لها كل من المجموعتين كانت واحدة .

قام المجربان بعد ذلك بملاحظة الفئران وهى تأكل بقصد تقدير ما تعانيه من انفعال بالخوف نتيجة لتعرضها لهذه الخبرة حيث أنه كان معروفا قبل ذلك الوقت أن الخوف يؤدى إلى فقدان الشهية، وقد تبين أن فئران المجموعة الثانية "ب" وهى التى يمكن القول بأنها قد تعرضت لخبرات مؤدية إلى مشاعر العجز المتعلمة من جراء الصدمات الكهربائية التى كانت تستمر بصرف النظر عن أدائها أو محاولاتها لمنعها – لم تأكل إلا قليلاً جدا إذا ما قورنت بالمجموعة التى لم تتعرض لهذه الخبرات. أى أن الفئران التى كانت تنهى الصدمات الكهربائية بأدائها – وهو القفز لأعلى – كانت أقل انزعاجا وتوترا بالرغم من تعرضها لقدر مساو من الصدمات الكهربائية لما تعرضت له المجموعة الأولى.

وفى البحوث التالية المشابهة، لاحظ "ركتر" Ricter (١٩٥٨) كثيرا من حالات الموت المفاجئ بين الفئران خلال التجارب، وعلى سبيل المثال، فقد لوحظت حالات غرق كثيرة غير معروف أسبابها بعد فترات وجيزة منذ بدء الفئران للسباحة وذلك فى الدراسات التى أجريت عن اختبار قدراتها على تحمل السباحة، وكانت قبل هذا الاختبار تمسك باليد بطريقة تمنعها من الحركة ثم توضع بعد ذلك في إناء ضيق لمدة طويلة.

ويقول "ركتر" إن المآزق التى كانت تتعرض لها هذه الفئران لم يكن حلها ليتم بطريقة القتال أو الهرب fight or flight ، بل كانت فى الواقع تؤدى إلى حالة ظاهرة من اليأس والاستسلام، وقد أمكن التوصل من هذا إلى نتيجة مؤداها أن إحساس الكائن الحى بانعدام فاعليته وعدم قدرته على السيطرة على الأحداث البيئية التى يتعرض لها لهما آثار سيئة على حالته الصحية والنفسية.

وكانت الدراسات والتحليلات المعملية والعلمية "لسليجمان" وزملائه قد انصبت على كيفية شعور الكائن الحى بفقدانه للسيطرة على الأحداث البيئية المؤثرة عليه، وقد تركزت معظم بحوثهم في بادئ الأمر على الحيوان، حيث أمكن لهؤلاء الباحثين أن يحولوا الكلاب فى تجاربهم إلى حالة قريبة من حالات الاكتئاب الذى يصيب الناس، إذا أصبحت كائنات سلبية خاملة تعانى من فقدان الشهية والهزال والتوتر، وتعانى أيضا من ثلاثة أنواع أساسية من العجز:

(أ) عجز دافعي:

حيث أنها لم تبذل سوى محاولات ضئيلة جدا لتفادى الصدمات الكهربائية إذا ما قورنت بالمجموعة الضابطة.

(ب) عجز معرفي:

حيث لم تحاول مثل المجموعة الضابطة تكرار سلسلة الاستجابات الناجحة.

(ج) عجز انفعالى:

لم تظهر كذلك تهيجا انفعاليا واضحا مثل المجموعة الضابطة عندما تعرضت للصدمات الكهربائية.

وقد لاحظ الباحثون نتائج مماثلة عندما أجروا دراسات مشابهة على أنواع أخرى من الحيوانات كالأسماك والفئران والقطط.

(٢) مشاعر العجز المتعلمة والاكتئاب:

ثم تحول علماء النفس بعد ذلك إلى دراسة الإنسان وقد أمكن تجريبيا تكوين حالة الشعور المتعلم بالعجز هذه لدى الأشخاص باستخدام مثيرات منفره كالأصوات العالية أو إرغامهم على مواجهة مشكلات غير قابلة للحل insoluble problems (هيروتر وسليجمان Hiroto & Seligman ١٩٧٥ وثورنتون وجاكوب ThorntonJacob & ١٩٧١ وروث وكوبال RothKubal & ١٩٧٥)، ففي هذه الدراسات وغيرها كان التعرض لهذه الأمور عدة مرات يؤدى بعد ذلك إلى ضعف ظاهر لدى بعض الأشخاص في التعلم عندما يواجهون بأداء مهمة أو واجب أخر، وكان الشائع هو أن بعض المفحوصين الذين تعرضوا لهذه الخبرات غير السارة أو الفشل، والتى وصفها الباحثون بأنها خبرات مكونة للشعور المتعلم بالعجز – اتسموا بعد ذلك بقلة المحاولات وضعفها في مواجهة المشكلات الأخرى، وتكونت لديهم حالة من السلبية واللامبالاة تشبه حالة الاكتئاب.

وكان التفسير الأصلى لظاهرة الشعور بالعجز هى أنها عملية تتكون فقط نتيجة للتعلم، حيث يتعلم الأشخاص وكذا الكلاب والحيوانات الأخرى التى أجريت عليها التجارب أنه ليس فى مقدورهم أن يفعلوا شيئا لتجنب الفشل أو الحدث المؤلم، وكان من نتيجة هذه الحالة أنهم يفشلون فى إدراك أن المواقف التالية تختلف عن الأولى التى فشلوا فيها أو تعرضوا فيها للحدث المؤلم.

أى أن استمرار مواجهة أحداث غير سارة تخرج عن سيطرة الشخص كالفشل غير المتوقع أو التعرض لخبرات مؤلمة فى موقف ما يمكن أن يؤدى إلى توقعات غير واقعية عن نتائج المواقف التالية التى قد يواجهها الإنسان، وشعور الفرد بأن الأحداث الأولى المؤلمة وقعت رغما عنه ولم يكن بإمكانه السيطرة عليها يمكن أن يعمم إلى ما يواجهه من مواقف أخرى قد تكون سهلة لا تحتوى على أى تهديد له، وهذا التعميم يعرف بمشاعر العجز المتعلمة، وهى حالة سيكلوجية تتسم بعيوب أو نقائص معرفية ودافعية وردود أفعال اكتئابية.

وقد وجد كثير من الباحثين منهم "سليجمان" (١٩٧٥) و "سليجمان وزملاؤه" (١٩٨٤) و "بروين" Brewin (٨٢، ١٩٨٤) و "بروين وشابيرو" Brewin& Shapiro (٨٤، ١٩٨٥) وسكلنكر وبرت Schlenker & Britt أن فكرة مشاعر

العجز المتعلمة يمكن أن تكون نموذجا للاكتئاب فيما يتعلق بالأعراض بل والأسباب النفسية أيضا.

(٣) تفسير مرضى الاكتئاب للسلوك والمواقف:

كانت هناك مشكلة أساسية ظهرت في بادئ الأمر عندما حاول الباحثون وصف مشاعر العجز الإنساني - سواء كانت قد تولدت في الدراسات المعملية أو ظهرت تلقائيا في المواقف الطبيعية التي تعرض فيها الأشخاص للاكتئاب - هذه المشكلة هي الفشل في التوصل إلى الشروط النفسية المسببة لحدوث هذه الحالة بدقة.

وقد وجد هؤلاء الباحثون أيضا أن الإنسان يتميز عن الحيوان في أنه يكون تفسيرات سببية معينة عما كان يواجهه من أحداث سيئة، وتكرار هذه التفسيرات قد يؤدي إلى تكوين حالة الاكتئاب، أو يمكن اعتباره من العوامل النفسية المؤدية إلى الاكتئاب[١].

فالمنحنى التفسيري يفيد بأن المرحلة التالية التي تحدث عندما يدرك الشخص عدم وجود فاعلية لسلوكه أو تصرفاته لمنع النتائج غير السارة للمواقف التي يواجهها تتضمن التساؤل "لماذا the why question"، وظهور الاكتئاب يتوقف إلى حد كبير على الإجابة عن هذا التساؤل، ومن التساؤلات الشائعة في هذا الصدد: لماذا لم أستطع النجاح في عملي؟ لماذا فشلت في علاقتي الزوجية؟ لماذا فشلت في الدراسة؟ لماذا لا يعبأ بي الآخرون؟ .. الخ. ويرى "وينر" (١٩٨٣) أن الباحثين الذين كتبوا عن مشاعر العجز المتعلمة قد أهملوا في بادئ الأمر دور التفسيرات السببية كخطوة أساسية في تكوين هذه المشاعر، ولعل هذا يرجع إلى أن الجزء الرئيسي من الدراسات كان قد انصب على الحيوان، هذا إلا أن البحوث الحديثة التي أعادت تقييم هذه الظاهرة قد أظهرت أهمية التفسيرات السببية في توليد مشاعر العجز المتعلمة عند الإنسان، ومن هذه البحوث دراسات طولية "لكولين وسويني وشافر" ColinSweeny & Shaeffer، (١٩٨١).

---

[١] هناك أيضا أسبابا بيولوجية متعددة للاكتئاب، وقد تؤدي أحيانا إلى هذا المرض دون وجود أسباب نفسية.

وهناك أيضا دراسات أجريت على الأفراد الذين تعرضوا للفشل والخبرات المؤلمة فى حياتهم كدراسة "ميتالسكى" وزملائه Metalsky (١٩٨٢) ودراسات على الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد المودعين بالسجون كدراسة "باكستل وكلمان" Bukstel & Kilmann (١٩٨٠)، وهناك أيضا الدراسات المعملية على الإنسان كدراسة ألوى وزملائه Alloy et al. (١٩٨٤) وكذا دراسة الحالات كدراسة "بيترسون" وزملائه Peterson et al. (١٩٨٣).

هذه الدراسات وغيرها تلتقى عند نقطة واحدة هى تدعيم رأى "أبرامسون" وزملائه (١٩٧٨) عن النموذج المصحح لمشاعر العجز المتعلمة الخاص بالاكتئاب reformed learned helplessness model of depression حيث أعادوا صياغة فكرة هذا النموذج، وتفيد هذه الصياغة الجديدة بوجود ثلاثة أبعاد رئيسية يعلل على أساسها الأشخاص النتائج غير السارة للمواقف التى يواجهونها وتسير وفقا لهذه الأبعاد تفسيراتهم، أى أن التفسيرات السببية عن هذه النتائج أو عن الأحداث السيئة التى قد يتعرض لها الإنسان كالفشل فى العمل أو فى اختبار ما أو تحطم علاقة أسرية يمكن أن تصنف فى عدة أبعاد، هذا بالإضافة إلى أن كلا من هذه الأبعاد يمكن أن يرتبط بدوره بخاصية لمشاعر العجز التى يعانى منها الشخص، ويمكن إيجاز هذه الأبعاد فى الآتى:

(أ) الذاتية (الداخلية) internality :

ويقصد به الأسباب الداخلية للحدث فى رأى الشخص فى مقابل الأسباب الخارجية، ويبدو هذا البعد عندما يرى الشخص أن السبب فى الحدث أو النتيجة غير السارة للموقف الذى واجهه هو شئ ما يتعلق به (أى بالشخص نفسه) وهو تفسير داخلى، ومن أمثلته أن يعتقد الموظف أن إهانة رئيسه فى العمل له ترجع إلى عدم قدرته على الدفاع عن نفسه أو أن يرجع الطالب فشله فى اختبار ما إلى انخفاض قدرته أو عدم بذله الجهد الكافى أو سوء التخطيط، والعزو إلى عامل الداخلى يقابله العزو الخارجى ومن أمثلته اعتقاد الموظف أن إهانة رئيسه له سببها عدوانية هذا الرئيس أو إرجاع الطالب فشله فى الاختبار إلى عوامل خارجية عنه كصعوبة الاختبار أو المقررات أو الحظ أو تعنت المعلمين.

(ب) الثبات stability:

ويقصد به الأسباب التي يراها الشخص ثابتة في مقابل العوامل التي يعتقد أنها غير ثابتة كمسببات للحدث، أي أنه يمكن أن يكون السبب في الحدث في رأى الشخص عاملا مستمرا عبر الزمن وهو عزو إلى عامل ثابت كعزو الفشل إلى القدرة أو صعوبة العمل فكلاهما أمر يكاد يكون ثابتا تقريباً[1]. وهذا يقابله العزو غير الثابت، ومن أمثلته عزو الفشل إلى الجهد أو الحظ وكلاهما متغير غير مستقر، أي أن ثبات العزو يعتمد على مدى إدراك الفرد لاستمرارية أو دوام السبب واحتمال وجودة في المستقبل، فضعف القلب مثلا يمكن أن يشكل في رأى الشخص عائقا أكثر استمرارية من الإصابة بالأنفلونزا يمنعه من مزاولة مهنته الشاقة.

(ج) العمومية globality:

ويبدو عندما يرى الشخص أن السبب في وجود الحدث ذو آثار متعددة يمكن أن تؤثر على جوانب أخرى من حياته في مقابل اعتقاده بأن السبب يقتصر على الحدث وخاص به فقط، فانخفاض مستوى الذكاء يعتبره المرء سببا عاما لانخفاض تحصيله الدراسي إذا ما قورن مثلا بانخفاض الرغبة في دراسة مادة الجغرافيا فقط لأن هذا الانخفاض في الذكاء يمكن أن يؤثر أيضا على عمله وعلاقاته بالآخرين وسائر تصرفاته الأخرى.

ويميل الأشخاص الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية في رأى هؤلاء الباحثين إلى إرجاع أسباب الأحداث غير السارة كالفشل في أية صورة من صوره إلى عوامل داخلية فيهم أو ذاتية وثابتة لديهم وعامه بينما يرجعون الأحداث السارة كالنجاح مثلا إلى عوامل خارجية وغير ثابتة فيهم وخاصة[2].

---

[1] الثبات هنا هو أمر نسبي.

[2] أى أنهم يعتقدون أن إمكانياتهم الذاتية لا تساعدهم على النجاح بل هو راجع إلى عوامل خارجية أى لا يتحقق إلا بسبب الآخرين أو الظروف، وعدم ثبات الأسباب يشير إلى أنهم يعتقدون أن النجاح وليد الصدفة وغير مضمون مهما بذلوا من جهد، أما فيما يتعلق بالبعد الثالث وهو العمومية فهم أكثر اعتقادا من غيرهم أن الأسباب التى أدت إلى نجاحهم أو إلى الأحداث السارة التى صادفوها هى قاصرة فقط علي المواقف التى ظهرت فيها ولا تشمل آثارها جوانب أخرى من حياتهم لذا فهم أقل اقتناعا من غيرهم بأنهم أشخاصا ناجحين سعداء.

وهناك آثار نفسية يمكن أن تترتب عن التفسيرات السببية فيما يتعلق بكل من هذه الأبعاد الثلاثة، فالميل إلى عزو الأحداث غير السارة إلى عوامل داخلية قد يؤدى إلى فقدان تقدير الذات الذى يعقب هذه الأحداث، أى أن الأفراد المكتئبين يميلون أكثر من غيرهم إلى الاعتقاد بأن أفكارهم وتصرفاتهم وقدراتهم وسائر إمكانياتهم لا تساعدهم على النجاح بل تقودهم إلى الفشل، لذلك فهم أقل ثقة فى هذه الأفكار والتصرفات والقدرات وفى أنفسهم وهم أقل تقديرا لذواتهم من غيرهم من الأفراد الأسوياء. وعزو الفشل إلى أسباب داخلية كهذه من شأنه أن يزيد من مشاعر عدم الكفاية والخجل بسبب انخفاض أو فقدان تقدير الذات، كما يؤدى أيضا إلى لوم الذات والشعور بالذنب (بك Beck ،٦٧ ،٧٤ ١٩٧٦).

وقد أظهرت كثير من البحوث وجود تأثيرات مختلفة للعزو أو التفسيرات السببية على المظاهر السلوكية للاكتئاب، ذلك لأن هذه التفسيرات لها آثار مختلفة على الحالات الانفعالية للشخص[1]، فقد بين كلين وفنسلمورس وسليجمان" Klein، Fencil & Morse-Seligman (١٩٧٦) أن انخفاض مستوى الأداء على عمل ما لدى مجموعة من الأفراد المكتئبين يمكن أن يقل تدريجيا عندما يقتنعون بأن فشلهم فى الأعمال السابقة لهذا العمل إنما يرجع إلى عوامل خارجية لا شأن لهم بها كصعوبة العمل أو نقص الإمكانيات اللازمة له. (شلنكر وبرت Schlenker& Britt ١٩٩٦).

ويتحكم ثبات العزو السببى فى أزمان أو استمرارية الشعور بالعجز الذى يعقب النتائج أو الأحداث غير السارة، فإذا ما اعتقد الشخص أن السبب فى الحدث غير السار الذى تعرض له يتسم بالثبات كانت ردود فعله الاكتئابية لهذا الحدث

---

[1] إذا كان الاكتئاب يعد اضطرابا انفعاليا أكثر من كونه معرفيا فمن المعروف أن مكونات الشخصية الثلاث: المعرفى والوجدانى والخاص بالإرادة والعمل كلها تعمل فى الحالات الطبيعية فى تآزر وانسجام فيما بينها: فقلما تنفعل دون أن نفكر، ومن النادر أن نعمل دون أن نفكر أو ننفعل، ومن النادر كذلك أن نفكر دون أن ننفعل وهكذا وعلى هذا فكيفية إدراك العلية يعتبر عاملا هاما فى تقرير ردود الأفعال الانفعالية للفشل أو الأحداث غير السارة لأن الناس – كما ترى النظرية العقلانية فى علم النفس – لا يضطربون من الأحداث نفسها ولكن بسبب الآراء التى يحملونها عنها ومن كيفية إدراكها.

مستمرة أيضا، وهو أمر يختلف إذا ما فسر الحدث بعوامل طارئة أو مؤقتة حيث لا تستمر فى هذه الحالة الردود الفعلية.

فإذا أخذ البعد الأول فى الاعتبار وهو أن أسباب الأحداث غير السارة داخلية بالإضافة إلى استمرارية وجود هذه الأسباب فإن هذا يعنى أن هناك إحساساً مستمراً بمشاعر النقص وعدم الكفاية يلازم مرضى الاكتئاب، ويؤكد "وينر" وزملاؤه Weiner.et al (١٩٧٨) أن المؤثرات الانفعالية للاكتئاب كاللامبالاة والاستسلام لا تظهر فى حالات الفشل إلا عندما يرجع الشخص أسبابه إلى عوامل داخلية ثابتة كنقص القدرة والعيوب الشخصية.

كما أن عمومية العزو لأثر النتائج أو الأحداث غير السارة يؤدى إلى تعميم مشاعر العجز، فإذا ما اعتقد شخص ما أن السبب الذى ترتب عنه الآثار السيئة يمكن أن يؤثر على جوانب أخرى كثيرة من حياته أصبحت مشاعر العجز عنده عامة، بينما يؤدى اعتقاده بأن السبب قاصر فقط على الحدث غير السار إلى مشاعر عجز ضئيلة ومحدودة لا تذكر.

وعلى هذا يفيد مضمون النموذج الجديد لمشاعر العجز المتعلمة بأن وقوع الأحداث غير السارة يمكن أن يؤدى إلى الاكتئاب عن طريق تفسيرات الشخص السببية عن هذه الأحداث بالكيفية السابقة وطبقا للأبعاد الثلاث: الذاتية والثبات والعمومية، مما يدفعه إلى الاعتقاد بأن تصرفاته لن تمكنه من التحكم فى الأحداث أو نتائج المواقف التى سوف يواجهها فى المستقبل.

ج- العزو السببى عند مرضى الأوهام المرضية:

تم الاستفادة من نظرية العزو السببى فى التعرف على التحيز المعرفى عند مرضى الأوهام المرضية، وتوصل الباحثون إلى أن هناك أسلوبا للعزو attributional style يتميز به هؤلاء المرضى وبخاصة مرضى البارانويا، فهم يعزون النتائج السلبية للمواقف التى يواجهونها - أى مواقف الفشل - إلى عوامل خارجية وثابتة وعامة.

فإذا كان الشخص المكتئب يعزو فشله إلى نفسه وليس إلى الآخرين - ويعتبر أن هذا الفشل أمر ثابت مهما بذلك من جهد، وهو أيضا عام: أى أن كل

تصرفاته مآلها إلى الفشل - فإن البارانويدى على العكس من ذلك يعزو كل ما يصادفه من فشل إلى الآخرين (أسباب خارجية فى مقابل داخلية)، حيث لا يعترف فى معظم الأحيان بأنه يخطئ، وكلما ازداد مرضه ازداد تصميما على اعتقاده هذا، فالآخرين هم الذين يخطئون بصفة دائمة (أسباب ثابتة فى مقابل غير ثابتة)، أما من حيث البعد الثالث فهو يعتقد بعمومية الأسباب حيث يتهم الآخرين بأنهم هم المسئولين عن كل مشكلاته أو جوانب فشله.

وفيما يتعلق بالنتائج الإيجابية أى النجاح، فمريض الاكتئاب عادة ما يعزوها إلى غيره من الناس أو إلى الحظ، أى إلى عوامل خارجية، لأن حالة اليأس التى يعانى منها تدعوه إلى الاعتقاد بأنه ليس أهل للنجاح، أما البارانويدى الذى يتصف بأوهام العظمة والغرور، فعادة ما يعزو بشدة مثل هذه النتائج إلى نفسه، أى إلى عامل داخلي، كما يعتقد أنه يختلف عن كثير من الناس من حيث أنه يتميز بالعبقرية والنبوغ بطبعه، فهو يرى أن النجاح عامل ثابت ومتأصل فيه، أما بعد العمومية فيبدو فى اعتقاد المريض بأن النجاح يشمل كل جوانب حياته (كانديدو وورومنى Candido & Romney ،١٩٩٠).

ومثل هذه التفسيرات تحقق ما يعرف بالتحيز لإرضاء الذات self-serving bias ، وهو مفهوم شائع في علم النفس الاجتماعى، ويقصد به أن الشخص يحاول إشباع غروره[1] دائماً، حيث ينسب النجاح والنتائج الإيجابية للمواقف التى يواجهها إلى نفسه، أما فشله فالآخرون هم المسئولين عنه. فإذا كان المكتئبون غير قادرين على ممارسة تحيز كهذا لإشباع غرورهم إلا أنهم كما يقول الوى وابرامسون Alloy & Abramson (١٩٧٩) كانوا أكثر حزنا وتعقلا من البرانويديين فى التحكم فى أعمالهم وتقدير نتائجها.

وللتأكد من هذا التحيز أجرت كانى وزملاؤها Kaney et al (١٩٩٢) دراسة فى إحدى مستشفيات الصحة النفسية بمدينة لندن جمع الباحثون فيها عينة من الأفراد لم يسبق لأى منهم أن اشترك فى دراسة مماثلة من قبل. وتكونت من ثلاث مجموعات: مجموعة من مرضى يعانون من أوهام مرضية مختلفة (موضحة فى

---

[1] ومثاله أيضا أن يعزو المعلم نجاح طلابه إلى عامل شخصى فيه كجهده مثلا أو قدرته بينما يعزو فشل الطلاب إلى صفة موجودة فيهم كالإهمال أو الغباء.

الجدول (١)، والثانية من مرضى الاكتئاب أما المجموعة الثالثة فكانت من الأفراد الأسوياء، وقد تم هذا التصنيف على أساس الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM-IV[1].

وقد تكونت المجموعة التجريبية – أى المطلوب معرفة خصائصها فى العزو السببى وهى مجموعة مرضى الأوهام المرضية – من ١٤ مريض (١٢ رجلا وامرأتين) كانوا يتلقون علاجا طبيا[٢]، منهم ١٠ مريض بالفصام البارانويدى و ٤ مريض بالبارانويا، ويوضح الجدول التالى موضوع الوهم الرئيسى لكل مريض وفقا لأرقامهم المميزة.

جدول (١)

الموضوعات الرئيسية للأوهام المرضية للمجموعة التجريبية

رقم المريض وجنسه	موضوع الوهم المرضى
١ ، أنثى	تعتقد أن طبيب القسم يضطهدها ويحاول أن يسرق ثروتها.
٢ ، ذكر	يعتقد أن الشرطة تتعقبه وقد سببت له ازعاجا فى منزله، وهى تتصنت على كل محادثاته.
٣ ، ذكر	يعتقد أن الأمير تشارلز قد كلفه بمهام متعددة بعضها خاص بحماية أفراد الأسرة المالكة البريطانية وتتطلب منه العمل داخل القصر الملكى، وترتب عن هذا غيره أفراد فرع الشرطة المختص الذين أصبحوا يضطهدونه بسبب ذلك.
٤ ، أنثى	تعتقد أن جيرانها يكرهونها ويضطهدونها ويحاولون أن يقتلوها بالسم عن طريق تسريب الغاز إلى شقتها.
٥ ، ذكر	يعتقد أن الروس والشرطة يحاولون تضييق الخناق عليه لقتله.

(1) Diagnostic and statistical manual disorders (4th ed (DSM-IV).

(2) Neuroleptic medication.

تابع جدول (١)

رقم المريض وجنسه	موضوع الوهم المرضى
٦ ، ذكر	يعتقد أن عبدة الشيطان يحاولون وضع أفكارهم في رأسه بالقوة.
٧ ، ذكر	يقول أن الموظفين الذين يعملون بالبنك يسرقون أمواله وأنه من الأفضل أن يسحبها ويحتفظ بها في منزله.
٨ ، ذكر	يعتقد أنه مضطهد من هيئة التمريض بالمستشفى وقد كلفوا أشخاصا بقتله تتكون أجسامهم من الأشعة تحت الحمراء، لذلك فلا يمكنه رؤيتهم.
٩ ، ذكر	يعتقد أنه مضطهد لأنه مكلف بمهمة أخطار رئيس الوزراء والبرلمان والعائلة المالكة ببعض الأسرار.
١٠ ، ذكر	يعتقد أنه مضطهد من جماعة "فريما سونز" Freemasons ، الذين يطاردونه كلما خرج من منزله في سيارات سوداء.
١١ ، ذكر	يعتقد أنه مطارد من المافيا لأن لديه معلومات هامة عن أفرادها الذين يهربون المخدرات.
١٢ ، ذكر	يعتقد أن زوجته قد ماتت وأن امرأة أخرى تشبهها هي التي تعيش الآن معه.
١٣ ، ذكر	يعتقد أن سائق الحافلة الخاصة بالمستشفى يضطهده وأن الركاب يتهامسون عليه ويشيرون إليه.
١٤ ، ذكر	يعتقد أن زوجته وأسرته يتآمرون مع الأطباء لاستمرار حجزه بالمستشفى للاستيلاء على ثروته وتقسيمها بينهم.

وقد تم اختيار مجموعة مرضى الاكتئاب (١٢ رجلا وامرأتين) – وكذا المجموعة الثالثة من الأفراد الأسوياء – بحيث تتساوى المجموعات الثلاث في السن والجنس والذكاء .

وفي التجربة ، طلب من كل فرد من المجموعات الثلاث أن يجري ٤٠ محاولة يضغط في كل منها أما على المفتاح رقم (١) أو (٢) ، وقد صممت التجربة بحيث تتساوى نتائج المفحوصين كلهم من المجموعات الثلاث بصرف النظر عن الحلول التي كانوا يختارونها.

وكانت التعليمات التي تعطى للمفحوصين كالآتي: ستظهر أمامك معضلات كل منها له حلان، إما الحل (١) أو (٢) . عليك أن تختار أي منهما، فكر بسرعة كلما ظهرت أمامك المعضلة ثم اضغط على المفتاح الذي تراه مناسبا: (١) أو (٢). وكان كل مفحوص يخبر بنتيجته عقب أدائه في كل محاولة صحيحة كانت أم خاطئة، ثم يتلقى نتيجته النهائية عقب أدائه للأربعين محاولة.

وقد تم دراسة التحيز نحو خدمة الذات – self-serving bias في هذه المجموعات الثلاث وكانت مجموعة ذوي الأوهام المرضية – ومعظمهم مرضى بأوهام العظمة والاضطهاد – من أكثر المجموعات تحيزا نحو خدمة الذات، أي أكثرهم ميلا للغرور وإعطاء أهمية كبيرة لأنفسهم، أما مجموعة مرضى الاكتئاب فكانت أقل المجموعات في هذا التحيز، وكان هذا واضحا من نتائج الدراسة، إلى جانب أنه تم تسجيل كثيرا من تعليقات المفحوصين أثناء التجربة، حيث كان بعض ذووا الأوهام المرضية يقولون عقب فوزهم أنهم يعرفون كيف يكسبون ويهزمون جهاز الحاسب الآلي. ويختلف هذا عن تعليقات مرضى الاكتئاب الذين كانوا يعللون الفوز بعوامل تخرج عن قدراتهم.

وفي حالة الخسارة كان ذووا الأوهام المرضية يرجعونها إلى جهاز الحاسب الآلي فهو المخطئ أو إلى الأسئلة بقولهم بأنها مخادعة على العكس من مرضى الاكتئاب الذين عللوا الخسارة بضعف في قدراتهم، ويتفق هذا مع ما هو موضح سابقا بأن مريض البارانويا يتجنب دائما مسئوليته عن الفشل ويعزوه إلى الآخرين. فالطالب الذي يعاني مثلا من الأوهام الاضطهادية مهما أهمل في استذكار دروسه فسوف يعلل فشله باضطهاد المعلم له أو عدم قيام أبويه بواجبهما نحوه، أو يلقي باللوم على أخوته أو زملائه معتقدا بأن هذا المعلم أو الأب أو الزميل هو حجر عثرة في سبيل نجاحه في المستقبل.

ويحدث هذا بهدف محاولة البارانويدى المحافظة على تقديره لذاتــــه، لــهذا يقترح عدد من الباحثين أن الأوهام الاضطهادية كثيرا ما تكــون اكتئابــا مموهــا camouflaged depression ، حيث يلاحظ فى هذا الصدد أن مرضى الاكتئــاب يشعرون بانخفاض أو تدنى فى مفهوم الذات، إلا أنهم يعبرون عن هـــذا بصراحــة عندما يعترفون بعجزهم وشعورهم بالنقص، أما ذوى الأوهــام الاضطهاديــة فــهم يحاولون إخفاء هذا الشعور بالنقص باتخاذ موقف معاكس له تمامـــا علــى غــرار الميكانيزم الدفاعى المعروف بتكوين رد الفعل reaction formation عندما يسلك الفرد أو يدعى عكس ما يشعر به، مثل كثرة تحدث التاجر الذى يميل إلى الغش عن الأمانة وحسن الخلق والمبالغة فى الحث على الالتزام بهما، وإظهار العطف الزائــد من الطفل لأخيه الأصغر الذى يشعر بالغيرة منه، وقد يظهر شعوره الحقيقى عندمــا ينفرد به.

هذا وإلى جانب العوامل الأساسية التى عرضناها كأسباب للأوهام المرضيــة كالعوامل المعرفية والوجدانية هناك من يرجع تكوين هــذه الأوهــام إلــى ســمات شخصية معينة، فقد كان كرتشمر Kretschmer (١٩٢٧) يقترح مثــلا أن هنــاك ثلاثة أنماط من الشخصية عرضة للأوهام المرضية هـــى: الشــخصية العدوانيــة والحساسة والابتغائية wishfullfilling ، فبينهما تبدو الشخصية العدوانية وكـــأن صاحبها واثق من نفسه إلا أنه يعانى من مشاعر خفية بعــدم الكفايــة a hidden feelings of insufficiency تدفعه إلى الشك فى النـــاس وأوهــام الاضطــهاد، والشخص الحساس يعانى أيضا من مشاعر عدم الكفاية وينتهى به الحال إلى أوهــام الإشارة delusions of reference، أما الشخصية الابتغائية فهى شخصية فاشـــلة فى الأغلب تلجأ إلى أوهام شبيهة بأحلام اليقظة كنوع من التعويض الخيــالى، كمــا اقترح أيضا كرون فيلد Kronfeld (١٩٣٠) أن أكثر الشخصيات عرضة للأوهــام المرضية أولئك الذين لا يستطيعون التمييز بين الحقيقة والخيال.

الفصل السادس عشر

استمرارية الآراء الشاذة والضلالات
The continuity of aberrant beliefs and delusions

١ – مقدمة:

خلافا للرأى الذى يفيد بأن هناك اختلافات جوهرية بين الآراء السوية والآراء القائمة على الأوهام المرضية يرى جاسبيرز Jaspers (١٩٦٣) وغيره أن الفرق بين النوعين من الآراء هو فرق فى الدرجة وليس فى النوع، فهما يقعان على بعد واحد متصل، وعلى هذا يمكننا أن نتصور خطا مستقيما يمثل أحد طرفاه شبه انعدام الضلالات أو الآراء الوهمية المرضية – من أى نوع ما عند الفرد – بينما يمثل الطرف الآخر أقصى حالات المعاناة من الأوهام المرضية أو الضلالات، والناس يقعون على درجات متفاوتة من هذا الخط المستقيم، فكل فرد تبعا لهذا الرأى يمكن أن يعانى قدرا معينا من الوهم المرضى تبعا لموقعه على هذا الخط المستقيم والذى يمثل مقياسه على هذا الوهم. حيث اتضح من نتائج الدراسات أن الآراء الشاذة تكون مع الأوهام المرضية بعدا واحدا متصلا، كما أن موضوعات كل منهما قد تكون واحدة تقريبا، **فكثير من الآراء أو الاعتقادات الشاذة غير المألوفة – والتى نعتبرها تمثل انحرافا عن الآراء الطبيعية – يمكن أن تعد شكلا أوليا مخففا من الأوهام المرضية**، ويرى الباحثون أن أكثر الأوهام المرضية شيوعا فى هذا الصدد هى أوهام الإشارة والاضطهاد والعظمة، فالاعتقاد الخاطئ لشخص ما بسوء معاملة الآخرين له أو محاولتهم التجسس عليه يمكن أن يعد شكلا أوليا مخففا لأوهام اضطهاد أو إشارة مرضية تفيد باعتقاد مريض بأن أهله يريدون ذبحه أو أن سكان المدينة كلهم يتتبعون أخباره وأن الناس فى الطرق يحملقون دائما فى وجهه ويشيرون إليه ويتحدثون عنه، وعلى هذا النحو تتفاوت شدة بعض الأوهام بين مشاعر خفيفة من القلق الذى يعكس إحساس الفرد بمحاولة الآخرين التعدى على حقوقه إلى شعور عميق بالظلم مصحوب بوهم مرضى بعيد كل البعد عن المنطق والصواب، كما تتراوح أيضا أوهام العظمة بين اعتقاد الشخص بأنه أفضل من زملائه إلى اقتناعه التام مثلا بأنه شخص عظيم من عظماء العالم.

٢ – الأوهام المرضية عند الأسوياء:

أوضحت الدراسات أن الأوهام المرضية قد تظهر لدى الأفراد العاديين عندما يتعرضون إلى ظروف بيئية صعبة أو تحت تأثير الانفعال أو التعب الشديدين، إلا أنها عادة ما تكون نوبات تستمر لفترات قصيرة أو دقائق بعكس أوهام الذهانيين أو مرضى البارانويا والتى قد تستمر معهم طوال حياتهم، ويقال أن الأوهام المرضية قد تظهر أحيانا بدرجات بسيطة لدى الأشخاص الأسوياء الذين يتمتعون بالتوافق النفسي والاجتماعي، فقد يتوهم الشخص أحيانا المرض الجسمي أو الغيرة التي لا مبرر لها أو تنتابه بعض الشكوك من الآخرين أو يشكو من اضطهاد غير حقيقي من أحد الناس له. أو يتعرض فى أوقات ما للغرور[1] فيعتقد أنه عظيم فى قوته وسطوته أو فى علمه أو فى حسبه ونسبه.

ويقال أن لكل وهم مرضى بعض أصول أو جذور بسيطة من الحقيقة، فكثير من الأوهام المرضية لا تنشأ من فراغ ودون سبب ما، فالأوهام الجسمية المرضية مثلا قد يصحبها أحيانا بعض الأحاسيس الجسمية البسيطة إلا أن المريض يبالغ فى الشكوى من هذه الأحاسيس وفى تصوير خطورتها، كما أن المريض الذى يشعر مثلا بالاضطهاد من جماعة ما ربما يكون قد أحس يوما بالاحتقار أو النبذ من هذا الشخص أو ذاك من أفراد هذه الجماعة، ثم رسخ فيه هذا الاعتقاد واستمر بسبب حالته المزاجية المرضية، وبدلا من أن يفسر تصرفات أفراد الجماعة – بعد ذلك على أساس واقعى – يتسرع ويخطئ فى تفسير تصرفاتهم وفقا لحالته المزاجية التى يغلب عليها الانفعالات السلبية كالغضب أو القلق، فربما يعتقد مثلا بأنهم يتحدثون عنه ويسخرون منه ويدبرون المكائد ضده.

ولكن يلاحظ فى مثل هذه الحالات أن الأصول التى تبنى عليها الأوهام المرضية تكون لدى المرضى أقل منها لدى الأسوياء، وتكاد هذه الأسس أو الأصول أن تنعدم فى بعض حالات الذهان، حيث يكون مريض الذهان أوهاما غاية فى الغرابة والشذوذ دون أن يكون لها أصل أو أساس من الحقيقة، ومن جهة أخرى تنعدم الأوهام المرضية عندما يكون هناك أساس واقعى أو معقول لما يعتقده أو يشكو منه الشخص السوى.

---

[1] قال تعالى : "وما الحياة الدنيا إلا متاع الغرور" من الآية ١٨٥ من سورة آل عمران.

وقد تظهر الأوهام المرضية أيضا فى حالات اضطراب الوعى الناتج عن التوقف عن تعاطى الكحوليات أو المخدرات[1].

٣ - الأفكار شبيهة بالأوهام المرضية delusion like ideas :

ميز جاسبيرز Jaspers (١٩٦٣) بين نوعين الأوهام المرضية: أفكار مبالغ فى شذوذها إلى حد يشبه الأوهام المرضية، وتنشأ بسبب شخصية الفرد وحالته المزاجية وظروفه البيئية، وأوهام مرضية أساسية primary-delusions ، وهى آراء غير مفهومة من الآخرين، وتنشأ عن تغيرات رئيسية فى شخصية المريض وفى تفسيره للسلوك والمواقف الاجتماعية وللأشياء من حوله. وقد توصل الباحثون إلى التعرف على وجود مثل هذه الأفكار بدرجات متفاوتة من حيث قربها أو بعدها عن الأوهام المرضية بإجراء دراسات على عدد كبير من الأفراد الذين كانوا عرضة للذهان psychosis-prone individuals غير الموجودين بالمستشفيات، ومنهم أفراد بدت لديهم أعراض ذهانية إلا أنهم لم يصلوا بعد إلى درجة الذهان الكامل.

ومن أمثلة هذه الأفكار اعتقاد شخص ما بأن مشكلاته سببها سخط الآخرين وحسدهم له، ويمكن أن يكون هذا الاعتقاد شكلا مخففا من وهم التأثير، الذى يفيد مثلا بأنه - أى الشخص يتصرف أو يتحرك بتأثير من آخرين أو أنه يستطيع بقوى خفية تصدر منه أن يحرك اللاعبين فى ملعب كرة القدم، وفى مجال الاضطهاد مثلا يمكن اعتبار كثرة شكوى الفرد من مقاطعه الآخرين له أو تجاهلهم اعتقادا مشابها لوهم الاضطهاد المرضى أو صيغة مخففة منه ما لم يتضمن مثلا أن لهم رغبة فى قتله أو السطو على ممتلكاته (إذا لم يكن هذا هو الواقع فعلا).

هذا ويمكن تمييز الأوهام شبيهة بالأوهام المرضية عن الأوهام المرضية الفعلية بالرجوع إلى المعايير المحددة لهذه الأوهام مثل: مدى الشذوذ أو الغرابة الموجودة فى الأفكار ومدى انشغال المريض واقتناعه بها وتكرارها وغير ذلك من معايير.

---

(1) تظهر الأوهام المرضية أيضا فى حالات الإدمان.

وهناك أيضا دليل يوضح أن الأوهام المرضية هي امتداد للآراء الشاذة يتمثل في وجود تشابه كبير بين هذه الأوهام عند مرضى الذهان وآرائهم أو اعتقاداتهم الشاذة غير الذهانية nonpsychotic في مرحلة ما قبل المرضى premorbidpe riod ، وذلك من الدراسات التي تمت على حالات الفصام والبارانويا، وحتى إذا لم يكن هناك تطابق بينهما فإن كل منهما عادة ما يكون من نوع واحد، فإذا ما كان المريض يعاني مثلا قبل تعرضه للمرض من اعتقادات تعبر عن شعوره بالاضطهاد أو العظمة كانت أوهامه المرضية أيضا بعد المرض من هذا النوع.

ومثال هذا مريضه كانت تعتقد قبل تعرضها للفصام البارانويدي أن الناس يتعصبون ضدها ويعاملونها بقسوة لأنهم كانوا يشعرون بالغيرة منها بسبب عبقريتها ونبوغها، وبعد مرضها اعتقدت بأن هناك اثنين من العلماء يتآمرون عليها ووضعوها داخل المستشفى لدراسة عبقريتها، ومريضة أخرى بهذا المرض كانت تعتقد أن الناس يمكنهم قراءة أفكارها عن طريق تعبيرات وجهها وحركات عينيها، وعندما تفاقمت حالاتها شكت بأن الناس يمكنهم أن يعرفوا أفكارها، وعندما سئلت كيف أجابت – وهي متأكدة تماما – بأنهم يسمعون صوت هذه الأفكار، ومريضة ثالثة كانت تشكو قبل مرضها بأن زملائها يتهامسون عليها ويتآمرون ضدها، وكانت تدعي قصصا مختلفة للتعبير عن هذه الشكوى مرة تقريبا في كل أسبوع، واستمرت على هذا النحو ما يقرب من عام، وعندما مرضت اعتقدت أن مديرها في العمل يريد التخلص منها بقتلها وإخفاء جثتها.

ومثال آخر لمريض عمره ٢٨ عاما عاطل غير متزوج يعاني من أوهام مرضية جسمية وأثبتت الفحوص الطبية أنه لا أساس لشكواه من العلل الجسمية التي يدعيها. فلديه اعتقاد أن قلبه ضعيف ومصاب باللغط فيه ، لذا فقلبه غير قادر على ضخ الدم إلى الأطراف، ويقول بأنه يشعر أن الدم يعود مرة أخرى إلى قلبه وأن بداية هذه الاعتقادات كانت في سن ١٦ سنة حيث كان يخشى من عدم وصول الدماء في اتجاه أطرافه، وكان يخشى في طفولته أيضا من أن تتجمد أطرافه.

وهكذا من هذه الأمثلة وغيرها يتضح وجود تشابه بين الأوهام المرضية والاعتقادات الشاذة قبل التعرض للمرض الذهاني، وكانت هذه الأوهام تعتبر فيما مضى ذات طبيعة فكرية خاصة بها ومستقلة عن التفكير العادي للفرد قبل أن

يتعرض لها، وأنها أيضا منفصلة انفصالا كليا عن تفكيره العادى، إلا أن نتائج الدراسات أوضحت أن التخلص منها مع التقدم فى العلاج لا يتم بشكل فجائى بل عادة ما يكون تدريجيا، حيث يبدى المريض نوعا من الشك فى صحة اعتقاداته الوهمية ويمر بمرحلة يصفها الباحثون بأنها حالة مزدوجة من الوعى بالذات double awareness ، وفيها يعتقد المريض أحيانا بصحة أوهامه وفى أحيان أخرى لا يعتقد بصحتها، وهى حالة وسطا بين الاقتناع التام بصحة الأوهام المرضية كما يبدو هذا عند الذهانيين وعدم الاقتناع بها كما يبدو عند الأسوياء.

ومن هذا نرى أن الأوهام المرضية تقع على أقصى طرف لبعد متصل cotinuum يمثل طرفه الآخر التفكير السوى تماما.

٤ – ظاهرة الاتفاق وتكون الأوهام المرضية: coincidence based delusions والآراء السوية:

كيف تثبت الآراء أو المعتقدات الوهمية عند الفرد وتدعم؟، يرى بعض الباحثين أن هذه الآراء أو المعتقدات تخضع فى تكوينها وتثبيتها عند الفرد لعمليات معرفية معينة مشابهة إلى حد ما بالعمليات المعرفية الخاصة بتكوين الآراء أو المعتقدات العادية، إلا أن هناك عيوبا أساسية فى عمليات تكوين الأوهام المرضية.

ومن هذه العمليات ما يعرف بالاتفاق وهى ظاهرة تثير دهشة الإنسان وتبدو فى وقوع الأحداث مع بعضها البعض بطريقة لا يتوقعها هو، وقد أثار الاتفاق هذا فضول العلماء والباحثين مما دفعهم إلى اكتشاف الكثير من الحقائق والنظريات العلمية، كاكتشاف العالم الإيطالى "جلفانى" للموجات الكهربائية فى جسم للضفدعة عندما لاحظ أن أرجلها ترتعد بشدة كلما لامس مشرطة الذى استخدمه فى تشريح جسمها أحد الدبابيس المعدنية التى كانت تلامس جسمها، واكتشاف كلود برنارد لحمضيه البول بسبب امتناع الكائنات الحية عن الطعام فترة طويلة عندما لاحظ هذه الحمضية على بول الأرانب فى معمله الذى تحول من قلوى إلى حمضى بعد امتناعها عن تناول العشب فترة طويلة.

كما أن الاتفاق أيضا قد يثير فضول الشخص العادى مما قد يساعده على معرفة بعض الحقائق فى حياته اليومية التى قد تكون غائبة عنه، كملاحظة الموظف

لتغيب زملائه عن العمل عندما يتغيب المدير، أو ملاحظة الأم لشكوى ابنها من علل جسمية مع قرب ميعاد امتحانه المدرسي.

وهناك أيضا بعض الأوهام المرضية التي يكونها المريض أحيانا بسبب الاتفاق، إلا أنه عادة ما يكون اتفاقا تافها عقيما من صنع المريض نفسه، ومن أمثلته أن يكتشف مريض ما بأن هناك حروفا من اسمه تشكل حروفا من اسم فيلسوف يوناني قديم فيعتقد أن روح هذا الفيلسوف قد تجسدت فيه.

وقد يصادف الشخص العادى كثيرا من هذا الاتفاق التافه بين الأشياء أو الأحداث إلا أنه لا يعيره اهتماما، أما بعض مرضى الأوهام المرضية فقد يبالغون في الاهتمام به، ولعل هذا يرجع إلى عدة عوامل منها زيادة انتباههم أكثر من اللازم مع مبالغتهم في التدقيق في بعض المواقف البيئية، هذا بالإضافة إلى وجود الاستعدادات الشخصية المساعدة على تكوين الأوهام المرضية عند بعض المرضى مثل وجود حالات مزاجية (انفعالات وعواطف) سلبية تنشأ نتيجة تنبيه مراكز عصبية معينة في المخ. وهذه الحالات عادة ما لا تمكن المريض من تمييز المعلومات المناسبة عن غير المناسبة، وبالتي لا يستطيع انتقاء المثيرات التي يستجيب لها معظم الأسوياء وإنما ينتقي مثيرات غير مناسبة هي التي تستحوذ على انتباهه ويستجيب لها دون غيرها من المثيرات الأخرى.

٥ – التحيز في تفسير الأسوياء للسلوك والمواقف:

أن كل شخص وليس فقط الأخصائي النفسي أو عالم النفس يبذل جهدا ويستنفذ جزءا من طاقته النفسية والعقلية بغرض فهم للآخرين والتوصل إلى معنى لسلوكهم. وقد اقترح عالم النفس النمساوى "هيدر" Heider (١٩٥٨) ما يسمى بالسيكلوجيا الساذجة أو علم النفس الساذج naïve psychology كوصف لمحاولات الشخص العادى غير المتخصص في علم النفس لتفسير السلوك، ونحن قد نضطر في كثير من الأحوال إلى محاولة فهم شخصيات من نتعامل معهم وما يمكن أن يتصفون به من صفات كالإخلاص أو الخبث أو الطيبة أو الجشع أو غير ذلك كي ننجح في معاملاتنا معهم أو نحقق أهدافنا ومصالحنا.

ولا يستجيب الإنسان عادة للبيئة الاجتماعية كما هى فى الواقع بل كما يدركها أو كما تبدو له، فإذا أنت أدركت مثلا بأن جارك عدوانى فمن غير المحتمل أن ترغب فى التعامل معه، وربما يكون شخصا مسالما فى حقيقة الأمر.

فسلوكنا يتوقف دائما على كيفية إدراكنا، صوابا كان أم خطئا، فقد استجيب لابتسامة شخص بالغضب أن ظننت أنها ابتسامة سخرية، وقد لا تكون ابتسامة سخرية على الإطلاق، وقد يكون المدرس سمحا ودودا لكن الطالب إن ظنه خصما سلك نحوه سلوك الفرد آزاء عدوه، فليس المهم هو الظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد، بل كيفية إدراكه لهذه الظروف، وطبيعة تفسيره أو فهمه لتصرفات الآخرين.

إلا أن هذا التفسير أو الفهم ليس سهلا فى كل الحالات، فأحكامنا على الآخرين كثيرا ما تكون ذاتية غير دقيقة وعرضه لأخطاء متعددة، ويقول علماء النفس بأننا حتى فى إدراكنا الحسى للأشياء الجامدة قد لا نستطيع إدراكها على حقيقتها، والإدراك الحسى للأشياء الجامدة هو العملية التى نميز بها تلك الأشياء الموجودة فى البيئة الخارجية ، بناء على التنبيهات (ضوء أو صوت أو حرارة..الخ) الصادرة منها والتى تؤثر على حواسنا، وهذه التنبيهات تعكس لنا خصائص ظاهرية تقريبية للشئ أو علامات مميزة له، ونحن نكون من هذه التنبهات انطباعات أو صورا ذهنية تمثل المدركات، ويعتقد الشخص العادى أن هذه الانطباعات أو الصور الذهنية توضح تماما حقيقة الأشياء الموجودة، وهو اعتقاد يعبر عن وجهة نظر السيكلوجيا الساذجة، لأننا لو قمنا بالتحليل العلمى للعناصر المدركة من الشئ نفسه موضوع الإدراك لوجدنا أنه ليس هناك تطابق تام بين هذا الشئ المدرك وصورته المدركة.

ففى المدركات البصرية مثلا (وهكذا بالنسبة لسائر المدركات الأخرى) نجد أنه ليس هناك تطابق تام بين الجسم المرئى وصورته المدركة فى الذهن عندما تتغير الزاوية أو المسافة التى نراه منها وحيث تختلف بالتالى الصورة على شبكية العين، ونحن لا نرى مثلا كل الأجسام المكعبة أو المستديرة وإنما نرى فقط أسطحها المواجهة لنا ونفترض اكتمالها وفقا لمبدأ الإغلاق، كما أن الإدراك قد يتأثر بالعوامل الوسطية والداخلية للشخص كحالته المزاجية والمعرفية وغير ذلك من عوامل، هذا بالإضافة إلى تأثير الخداع، والخداع هو سوء تأول للواقع. ويقول

"أحمد عزت راجح": "الخداع هو إدراك حسي خاطئ: فالذرة الصغيرة إن دخلت العين حسبتها في حجم الحمصة، وجميع المؤثرات الصوتية التي تستخدم في الإذاعة والسينما ما هي إلا خداعات معروضة عرضا بارعا، وترجع الخداعات إما إلى عوامل خارجية فيزيائية أو إلى عوامل ذاتية نفسية".

وأعضاء الحس قد تتعرض للخداع بطرق كثيرة، وقد نال الخداع البصري أكبر قسط من الانتباه في التجارب السيكلوجية، ومنه على سبيل المثال خداع المنظور وخداع الحركة، ومن أمثلة خداع المنظور ظهور قضبان السكك الحديدية وكأنها تلتقي عند مسافة بعيدة، أما خداع الحركة فمن أمثلته تقديم المنبهات الثابتة بطريقة توحي بأنها متحركة كما في حركة الشريط السينمائي، فعندما نشاهد فيلما سينمائيا فإن الحركة فيه ما هي إلا عبارة عن تسلسل تقديم صور جامدة ثابتة يختلف كل منها قليلا عن سابقه.

كما أن الخداعات مألوفة في حالة السفر الجوى وبخاصة أثناء الليل لذا يميل الطيارون إلى الاعتماد على آلاتهم وليس على إدراكاتهم الخاصة ، هذا بالإضافة إلى الخداعات الهندسية وهي تؤدى إلى تقديرات غير صحيحة للأشياء التي ندركها مما لا يتسع المقام لذكره هنا.

هذا بالإضافة إلى أن حواسنا البشرية لا تستجيب لكثير من المنبهات الموجودة من حولنا وبالتالي لا ندركها، فنحن لا نستطيع مثلا رؤية الأشعة تحت الحمراء ولا فوق البنفسجية، بل أن حواس بعض المخلوقات الأخرى أقوى بكثير من حواسنا، وبالتالي يمكنها تمييز كثير من المدركات التي لا نستطيع تمييزها، فالكلاب مثلا يمكنها التعرف على الكائنات الحية وكثير من الأشياء بواسطة حاسة الشم وهو ما لا يستطيعه الإنسان، ونحن لا نستطيع سماع الأصوات ذات الطبقات العالية التي يسمعها الخفاش، كما أن قدرة عين الصقر على الرؤية من بعد تفوق مرتين ونصف قدرة العين البشرية، ويستطيع بعض الثعابين أن يحدد المصادر التي تنبعث منها الأشعة تحت الحمراء.

وإذا كان هذا الحال في الإدراك الحسي، فما بالنا الإدراك الاجتماعي الذي هو أكثر تعقيدا؟؟ هنا يبين علماء النفس أننا لا ندرك الأسباب إلا كما تبدو لنا، وهكذا فكما لا تتركز دراسة الإدراك الحسي حول حقيقة الأشياء وإنما تنصب حول

المظاهر التى تبدو لنا بها كذلك لا تنصب دراسة الإدراك الاجتماعى حول الأسباب الحقيقية للسلوك وإنما حول أسباب السلوك كما تبدو للناس، أى دراسة الخبرة الفينومينولجيه لنا كملاحظين للسلوك، ومن هنا كثيرا ما نرى اختلافا كبيرا بين الناس عند تفسيرهم للسلوك الواحد، كما يتضح لنا أحيانا أخطاءا فى تفسيرنا لسلوك الآخرين، ولأننا لا ندرك دائما الوقائع الاجتماعية كما هى فى حقيقتها، فإننا نشعر أحيانا بالضيق مما قد يواجهنا من أحداث أو مواقف نعتقد بأنها غير ملائمة[1] وقد تكون فى حقيقتها خير لنا، وبالعكس قد يكون الشئ الذى نحسبه خيرا هو شر فى واقعه، ولا يعلم الغيب إلا الله.

ومع هذا يميل الكثير من الناس إلى الاعتقاد بأنهم منطقيون فى تصرفاتهم وأحكامهم وتفسيرهم للسلوك والمواقف فى حياتهم اليومية، وأصبح هذا الاعتقاد الذى يعبر عن السيكلوجيا الساذجة موضع شك، لأن أحكامنا على الآخرين قد تتعرض أحيانا للعديد من العوامل التى تؤدى إلى تشويهها، وهو ما يعرف بتحيز العزو attribution bias مما يجعلنا نخطئ ونحن نفسر السلوك أو المواقف الاجتماعية، وقبل أن نعرض لأنواع العوامل المؤدية إلى هذا التحيز نوضح بعض المفاهيم التى يستخدمها علماء النفس فى نظرياتهم عن العزو attribution ، أو تفسير الناس للسلوك والمواقف الاجتماعية.

أ - مفاهيم مستخدمه فى نظريات العزو:

(١) الفاعل actor والملاحظ observer

يعرف أصحاب نظريات العزو الشخص الذى صدر منه السلوك المراد تفسيره بالفاعل، ومن يحاول أن يفسر ذلك السلوك أو يرجعه إلى عامل معين بالملاحظ. وقد يكون الفاعل هو أيضا ملاحظا عندما يفسر الشخص سلوكه الذاتى. وعندما يتفاعل شخصان اجتماعيا، يتناقشان مثلا فى أمر ما - يصبح كل منهما فاعلا عندما يفسر الآخر سلوكه ، وإدراك الحدث أو التصرف قد يتم بطريقة مباشرة بواسطة الملاحظ له، وذلك عندما يكون موجودا مع الفاعل وقت حدوثه أو

---

[1] الحق سبحانه وتعالى طلب منا أن نتمسك بالصبر .. لأننا لا نرى من أقدار الله .. إلا ظاهر الحياة الدنيا.

يشهده بحواسه، وقد يتم هذا الإدراك بطريقة غير مباشـــرة وذلــك عندمـــا يســـمع الملاحظ وقائعه من آخرين أو يقرأ عنه مثلا.

(٢) العوامل الشخصية والبيئية في تفسير السلوك:

عندما نفسر سلوك شخصٍ ما (الفاعل)، قد نرجعه إلى عوامل موجودة فيــه، أى إلى طباعة أو صفاته الشخصية كالقسوة أو الكسل أو الجمــود .. الــخ أو إلــى حالات دافعية أو انفعالية معينة، فالابن قد يعزو وعدم إنفاق أبيه الغنى عليـــه إلــى عوامل شخصية فى الأب: كالقسوة أو البخل، ومدير العمل قد يعزو تأخر مرؤســـه عن الحضور إلى مقر العمل إلى صفات شـــخصية فيــه كالكســل أو الاســتهتار، والمعلمة ربما تعزو غياب التلميذة عن المدرسة إلى إهمالها أو عدم رغبتـــها فــى التعلم أو كراهية المدرسة، وهكذا نجد أن التفسيرات فى هذه الأمثلــة تنصــب فــى النهاية حول شخصية الفاعل: أى إلى الأب أو المرؤوس أو الطالبة ومـــا تتضمنــه هذه الشخصية من صفات أو دوافع أو طباع.

وقد نرجع سلوك الفاعل إلى عوامل أخرى لا تتعلـــق كثــيرا بطباعــه أو شخصيته يعرفها "هيدر" وغيره من أصحاب نظريات العزو بأنــها عوامــل بيئيــة، ويقصد بها تلك العوامل التى لا تخبرنا عن شئ مـــا يتعلــق بشــخصية الفــاعل، كمتطلبات الموقف الذى وجد فيه أو ظروف خارجة عن إرادتــه أو تدخــل أفــراد آخرين فى الموقف الذى تم فيه السلوك .. الخ، ومثال هذا إن يعزو الابن عدم إنفـاق أبيه الفقير عليه إلى عامل خارج إن إرادة الأب هو الفقر، وأن يعزو مديــر العمــل تأخر مرؤسيه عن الحضور إلى مقر العمل إلى ظروف بيئية عندما يكـــون هنــاك مثلا توقف عام فى وسائل المواصلات لسبب ما، وهكذا تنصب التفسيرات فى هــذه الأمثلة حول الظروف التى وجد فيها الفاعل. ومن العوامل غير المتعلقـــة بطبــاع الفاعل أيضا ويمكن اعتبارها بيئية تلك الخاصة بمدى صعوبة العمل أو الصدفة أو القدر.

ب- أنواع التحيز فى العزو:

هناك أنواع متعددة من التحيز فى تفسير الناس للسلوك والمواقف، ونوضــح هنا أمثلة من أبرز هذه الأنواع :

(١) تحيز الفاعل الملاحظ the actor-observer bias

أصبح التصور الذى يفيد بأن تفسير الناس لسلوكهم الشخصى يختلف عن تفسير الآخرين لنفس السلوك حقيقة علمية لا يمكن تجاهلها، وهذه الحقيقة قد أثارت كثيرا من البحوث كما شكلت حجر الزاوية فى الدراسات المعاصرة التى تدور حول الإدراك الاجتماعي والتفسيرات السببية causal attributions (روبنز وزملاؤه Robins et al ١٩٩٦) ، ويرجع هذا الاختلاف إلى ما يعرف بـ تحيز الفاعل - الملاحظ مما يترتب عنه اختلاف الشخصان حول تفسير سلوك أحدهما، ومثال هذا الاختلاف أن يقول شخص ما يبرر سلوكه وهو الصمت أو الهدوء كنت هادئا لأنى كنت أجلس فى مأتم، بينما يقول آخر عنه (ملاحظة) "كان هادئا لأنه شخص منطوى خجول".

ويعطى "جونز" و "نسبت" JonesNisbet & (١٩٧١) مثالا آخر أكثر واقعية عن زوج وزوجته يناقشان مع الأخصائى النفسى مشكلتهما التى تتلخص فى أن الزوجة (الفاعل) تعتريها أحيانا حالات من الغضب والهياج والصراخ ترمى



أثناءها الأطباق والأشياء وتصرخ فى المنزل (وهو السلوك المطلوب تفسيره) مما ينغص على الزوجين حياتهما الزوجية ويجعلها صعبة، ويتفق كل من الزوج

الزوجة على حدوث هذا السلوك، ولكنهما يختلفان فى تفسيره ومعرفة أسبابه، حيث تدعى الزوجة أن سلوكها هذا يرجع إلى أن الزوج يسئ معاملتها، فهى لا تغضب إلا عندما لا يترك الزوج نقودا كافية قبل خروجه أو يفقد مفاتيحه أو يثير أعصابها.

أما الزوج (الملاحظ) فهو يدعى أن زوجته تسلك هكذا لأنها شخصية "تحب النكد" غير منطقية فى تفكيرها سريعة الغضب. وهكذا تعزو الزوجة (الفاعل) سلوكها وهو نوبات الغضب إلى الزوج أى إلى عامل بيئى غير شخصى بينما يعزو الزوج (الملاحظ) هذا السلوك إلى الزوجة أى إلى عامل شخصى فى الفاعل ويقصد به طباعها الشخصية، فالزوجة تلوم الزوج لأنه المسبب لسلوكها، وهى كفاعل فى الموقف ترجع سلوكها إلى عوامل بيئية، وهذه العوامل فى مثالنا هذا هو الزوج والمواقف الخاصة بهذا الزوج كعدم تركه نقودا كافية أو فقدانه لمفاتيحه أو غير ذلك، والزوج كملاحظ لسلوك أو تصرفات الزوجة يلوم الزوجة لأنه يرى أن تصرفاتها راجعة إلى عوامل شخصية فيها.

ويرى "جونز ونسبت" أن هذا أمر شائع وهو ميل الفاعل إلى أن يعزو تصرفاته إلى عوامل خارجية فى المواقف التى يواجهها بينما يميل الملاحظ إلى أن يعزوا نفس تصرفات الفاعل إلى خصائص شخصية فى الفاعل نفسه يرى أنها غالبا ما تكون ثابتة فيه، ومثال هذا حالة الزوج (فاعل) المنهمك دائما فى عمله قد يعلل سلوكه هذا – وهو انشغاله بعمله – بخطورة العمل أو تعدد مسئولياته وكثرة متطلباته الإدارية والفنية وكلها عوامل خارجية أو بيئية بالنسبة له، بينما يمكن أن تعزو الزوجة (كملاحظ) انشغال زوجها المتسمر بعوامل شخصية ترى أنها موجودة فى الزوج مثل حبه للعمل والمثابرة والدقة.

ويوضح هذان الباحثان مضمون هذه الفكرة بموقف شائع بين الأطفال: إذا ما تعدى طفل مثلا على آخر بالضرب ثم سألنا الفاعل (المعتدى) لماذا ضربته؟ فكثيرا ما يكون تفسيره لسلوكه هذا: لأنه أثارنى أو أهاننى أو دفعنى أو أخذ ما يخصنى وغير ذلك من إجابات تشير إلى عوامل ليست متضمنة فى شخصيته كفاعل، أما تفسيراتنا كملاحظين لسلوك المعتدى فعادة ما تشير إلى عوامل متضمنة فى شخصيته كفاعل فنقول مثلا: ضربه لأنه عدوانى أو يغضب بسرعة.

وحتى فى بعض حالات السلوك الشاذ كالإجرام مثلا قد نرى أن الجريمة بشعة تشير إلى وحشية ظاهرة، بينما قد يرى المجرم نفسه أنه ضحية المجتمع أو الظلم أو أنه قد تعرض لإثارة شديدة هى التى دفعته إلى الإقدام على جريمته.

لماذا إذا يختلف الملاحظ والفاعل حول أسباب سلوك الفاعل؟ هناك تفسيران أساسيان على الأقل لهذا الاختلاف:

الأول: أن الفاعل عادة ما يكون لديه معلومات أكثر عن سلوكه وما واجهه من مواقف، كما أن المحتوى البيئى الذى صدر عنه السلوك ويقصد به العوامل والظروف المحيطة بتصرف الفاعل كثيرا ما تكون مجهولة من قبل الملاحظ لهذا السلوك أو يساء فهمها منه، ولأن الفاعل عادة أكثر دراية من الملاحظ بسلوكه وبالمواقف والظروف التى دفعته إلى تصرفه، فهو أيضا أكثر ميلا إلى تعليل سلوكه بهذه المواقف، أما الملاحظ فلأنه عادة أقل دراية من الفاعل بالمواقف والظروف المحيطة بالسلوك فهو أكثر ميلا إلى التركيز على الفاعل وشخصيته لذا فنحن كثيرا ما نخطئ: عند تقييمنا لسلوك الفاعل ونتجاهل المواقف التى واجهته. فمثلا عندما يقوم شخص ما بشرح الأعذار (الخارجية) المقبولة ظاهريا لإخفاقه فى لعبة ما أو فى الامتحان أو فى الزواج لآخرين، فقد يظهرون أمامه أنهم يميلون إلى موافقته فى حين أن بعضهم فى قرارة أنفسهم قد يعزون فشله هذا إلى سبب داخلى فيه، بل وربما يكون هناك من يرى أنه قد ولد فاشلا.

أما التفسير الثانى فهو أن الفاعل والملاحظ يدركان سلوك الأول كل منهما من منظور مختلف عن الآخر، حيث يستخدم كل منهما المعلومات الأكثر بروزا له لتفسير هذا السلوك، والمعلومات الأكثر بروزاً لأى منهما هى المعلومات التى يوجه إليها انتباهه، والفاعل عادة ما يركز اهتمامه نحو البيئة الاجتماعية التى كانت موجودة أمامه عندما صدر سلوكه، لذا فهو يقول بأنه سلك أو تصرف ردا على المنبهات والمثيرات والظروف التى واجهها فى هذه البيئة الاجتماعية، أى أنه أكثر استخداما للقرائن والشواهد الموجودة فيها كمبرر أو مسبب لسلوكه، والملاحظ كذلك يوجه انتباهه نحو بيئته الاجتماعية عندما يحاول تفسير سلوك الفاعل، ولكن الفاعل وما يتضمنه من خصائص وطباع شخصية هو جزء من بيئة الملاحظ الاجتماعية لذا يكون تفسير الملاحظ منصبا على الحالة الداخلية للفاعل، أما الفاعل نفسه فهو يعلل سلوكه بعوامل خارجة عن شخصيته أى عوامل بيئية.

ولإيضاح هذا التفسير لجأ كثير مــن البـاحثين منــهم "نسـبت وزملائــه" Nisbettet al (١٩٧٣) إلى تطبيق بعض مبادئ الإدراك الحســي عنــد علمــاء الجشطالت على مجال الإدراك الاجتماعي، وقد اهتموا فــي هــذا بــرأي "كوفكــا" Koffka (١٩٣٦) الذى يبين فيه بأن المثيرات أو المنبهات البارزة عن الأرضيــة تجذب الانتباه، ويمثل هذا الرأى مبدأ أساسى فى الإدراك الحسي، وعلى هذا يقــول "نسبت": إن انتباه الفاعل يكون مركزاً وقت سلوكه عادة على ما يدركه مــن البيئــة من أشياء متصلة بظروف ومتطلبات الموقف الذى تصرف فيه، كعوامــل الجــذب والتنافر والقيود والضوابط، وأمثال هذه العوامل عادة ما تحدد نوع السلوك الصــادر منه، وهى تبدوا فى نظرة بارزة حيث تدفعه إلى السلوك، أى أنه يــرى أن ســلوكه استجابة لها، أما بالنسبة للملاحظ فهذه العوامل لا تكون عادة بارزة له كمــا يراهــا الفاعل بل أن الشئ البارز أمامه هو الفاعل وسلوكه، وذلك طالما وجه اهتمامه إليــه محاولا تفسير سلوكه. والفاعل وسلوكه يصبحان أمام الملاحظ شــكلا فــى مقــابل أرضية الموقف بلغة الجشطالت، ومن المعروف فـــى الإدراك الحســي أن تنظيــم المنبهات إلى شكل وأرضية هو أمر أساسى لإدراك المنبه فى كثير مــن الأحيــان، فنحن حينما ننظر حولنا نرى أنه عندما تثير انتباهنا بعض الأشياء أو نهتم بها تكون بقية الأشياء الأخرى بمثابة أرضية لها ولا تثير اهتمامنا كثــيرا، حتــى الأشــكال الهندسية المجردة عندما ننظر إليها نراها كأشكال على أرضية، وبذلك نراها كأشـياء لها حدودا خارجية، فإذا نظرنا إلى الزخارف المرسومة مثلا على خيام نرى هـــذه الزخارف كأشكال على أرضية سطح الخيام، ويميل النموذج الذى ندركه كشكل إلــى أن يبدوا بارزاً للأمام بالنسبة للأرضية رغــم معرفتنــا بــأن الشــكل والأرضيــة مطبوعان على نفس الورقة أو القماش.

ويمكننا أن نشبه هذا بسلوك الفاعل بالنسبة لمن يهتم بسلوكه محاولا تفسـيره (أى الملاحظ)، حيث يبدوا هذا الفاعل (وسلوكه موضع الاهتمام) بارزا يحجب إلــى حد ما عن الملاحظ الأشياء الأخرى كطبيعة الموقف الذى قد تم فيه الســلوك ومــا كان يتضمنه من قيود وضوابط وظروف ونحو ذلك، فالفاعل يبدو إذا أمام الملاحــظ "كالشكل" الذى يبحث عن تأويل وتفسير، أما من ناحية الفاعل فإن البيئة هــى التــى تعد شكلا بالنسبة له لذا فهى التى تجتذب تفسيراته السببية إذا ما حاول تعليل ســلوكه الذاتى.

ومن البحوث التجريبية العديدة التى أجريت لتأييد هذا الرأى دراسة "ستورمز" Storms (١٩٧٣) حيث اختبر فيها فكرة: أن اختلاف منظور الفاعل والملاحظ لسلوك الفاعل يؤدى إلى اختلاف إدراك كل منهما لمركز العليه، فالفاعل اهتمامه موجه نحو البيئة (وما تضمنته من عوامل جعلته يسلك على نحو معين)، لذا فهو يعزو سلوكه إليها، بينما يراقب الملاحظ الفاعل (وهو جزء من بيئة الملاحظ)، لذا فهو يعزو إليه السلوك (أى سلوكه كفاعل)، وإذا ما عكسنا هذا الوضع، يمكن أن تتغير وجهتا النظر لكل من الفاعل والملاحظ عن سبب السلوك، وقد أثبت "أستورمز" أنه إذا ما سجل سلوك الفاعل بشريط من الفيديو" ثم عرض عليه مرة أخرى يدرك نفسه "كشكل بارز على أرضية" الموقف، وفى هذه الحالة يعزو سلوكه إلى عوامل شخصية فيه، وبالمثل إذا ما رأى الشخص الملاحظ لسلوك فاعل ما جوانب أكثر من الموقف الذى يستجيب له ذلك الفاعل وما قد يحتويه الموقف من ظروف وملابسات مختلفة (بدلا من تركيز انتباهه على الفاعل فقط) فإنه – أى الملاحظ سوف يعزو كثيرا من أسباب السلوك إلى الموقف بدلا من التركيز ببساطة على الفاعل فقط واعتباره السبب الرئيسى الوحيد للسلوك.

ومن المواقف التى اختبر فيها "ستورمز" هذا الافتراض إنه هيأ موقفا فيه شخصان يبدوان غريبين (فاعلين) تقابلا وتعارفا مع بعضهما البعض ثم جلسا على نهاية منضدة مستطيلة، وقد تم تسجيل حديث وسلوك كل منهما، ثم عرض عليهما بواسطة الفيديو حديث وسلوك أحدهما، أما الآخر فلم يعرض سلوكه أو حديثه بحجة وجود عطل بآلة التصوير الخاصة "بالفيديو" ثم وجهت إليهما تساؤلات عن أسباب سلوك وحديث كل منهما، وقد انصبت تفسيرات الشخص الذى شاهد نفسه على شاشة الفيديو على عوامل شخصية فيه كأسباب لسلوكه، أما الآخر الذى لم يشاهد نفسه فكانت تفسيراته عن سلوكه تتركز حول عوامل بيئية، أى أنه أرجع أسباب سلوكه إلى أمور لا تتعلق بشخصيته كالمواقف التى واجهها أو تصرفات الآخرين ورغباتهم وغير ذلك.

كما تأكدت أيضا اختلافات تفسير الملاحظ والفاعل (لسلوك الأخير) فى مواقف التعلم الواحدة وذلك فى دراسة "لجورويتز وبانسيرا" Gurwitz& Panciera على عينة من طلاب الجامعة، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين: الأولى عملت كمعلمين والثانية شكلت متعلمين أو طلابا، وذلك بغرض تعلم بعض

الموضوعات العامة خلال دورة تدريبية في فترة زمنية معينة، وتضمن برنامج هذه الدورة تقييمات من المعلمين للطلاب عن مدى تقدمهم في الدراسة، وفي هذه التقييمات وضعت تقديرات للنجاح والرسوب لكل طالب. وكان السلوك المطلوب تفسيره في هذه الدراسة هو كيف وضعت هذه التقييمات؟، حيث أجرى استبيان في نهاية الدورة على المجموعتين تضمن تساؤلات عن مدى حرية المعلمين في تقييماتهم للطلاب.

وكانت إجابات أفراد مجموعة الطلاب (كملاحظين لسلوك المعلمين) تشير إلى أن المعلمين فى تقييمهم للطلاب كانوا أكثر حرية وذلك مما كان يراه المعلمون عن أنفسهم، بينما كان يرى المعلمون أنهم كانوا محكومين بضوابط خارجية فى هذا التقييم كنشاط الطلاب ومدى مشاركتهم فى التعلم وطبيعة المادة الدراسية والمستوى العام للتقدير وغير ذلك من عوامل، وكان كل طالب كملاحظ يعزو تقييمه إلى خصائص موجودة فى شخصية المعلم – أى عوامل داخلية فى الفاعل – مثل التسامح أو التعجل فى التقييم أو الدقة أو المحاباة أو التقلب الانفعالى، وعلى هذا فقد رأى الطالب أن تقييمات المعلم له كانت غير مقيدة بضوابط خارجية بل تأثرت بشخصية ذلك المعلم (وهو الفاعل الذى صدر منه سلوك التقييم فى هذه الدراسة).

وقد تبين "ريجان وتوتن" Rejan & Totten (١٩٧٥) فى دراسة لهما أن الملاحظ إذا ما تبنى اتجاها أكثر تعاطفا مع الفاعل وحاول أن يفكر ويرى الأشياء بنفس الطريقة التى يراها بها الفاعل، فإنه – أى الملاحظ – سوف يكون أكثر ميلا إلى تعليل سلوك الفاعل بعوامل بيئية، حيث اتضح لهذين الباحثين تجريبيا أنه مع الملاحظة العادية لسلوك الفاعل يميل الملاحظ إلى عزو السلوك إلى عوامل وصفات شخصية فى الفاعل، أما فى حالة تعاطفه مع الفاعل فإنه يرجع السلوك إلى عوامل بيئية أكثر منها شخصية فى الفاعل، ويزداد هذا اللجوء إلى العوامل البيئية كلما كان السلوك غير مقبول فى حد ذاته.

وبالإضافة إلى هذا بين "روس وزملاؤه Ross et al. (١٩٩٧) ميل الإنسان فى بعض الأحيان إلى إدراك سلوكه كما لو كان هو الشائع والمناسب للظروف التى يواجهها وأن معظم الناس لو وجدوا فى موقفه لتصرفوا كما تصرف هو، وعرف "روس وزملاؤه" هذا الميل بـ "الاتفاق الزائف" false consensus . ولأن الفرد يدرك تصرفاته كما لو كانت هى الشائعة أو المألوفة، فإنه يعزوها إلى

عوامل متصلة بالموقف الذى يواجهه ومتطلباته أى إلى عوامل بيئية ، بينما يعتبر سلوك غيره من الناس غير شائع ولا مألوف وبالتالى لا يتناسب مع طبيعة الموقف، ولذا فهو يعزوه كملاحظ إلى عوامل شخصية موجودة فى فاعله.

(٢) التحيز الوجدانى:

ويقصد به ذلك التحيز الناتج عن الحالة الوجدانية للشخص، والوجدان هو مفهوم شامل يشير إلى المزاج والانفعال والعاطفة، والعاطفة هى القلب النابض للشخصية، فكما أن استمرار ضربات القلب أساس لاستمرار أداء أعضاء الجسم المختلفة لوظائفها، حتى أنه إذا ما توقف القلب مدة كافية انتهت حياة الجسم، كذلك أمر العواطف للنفس والشخصية، فهى ضرورية لاستمرار الوظائف النفسية السوية، فإذا انعدمت العواطف أو اضطربت تعطلت الوظائف النفسية واضطربت، وكلنا يعلم ما يفعله الحب والكراهية فى سلوك الإنسان، وكما يوجه الحب والكراهية سلوك الإنسان فإنهما يؤثران أيضا على الجانب المعرفى له وبخاصة الإدراك.

فالإنسان لا يرى فيمن يحب العيوب والنقائص التى يراها فيهم أناس محايدون، وقد قيل فى هذا "حبك الشئ يعمى ويصم" وقال الشاعر:

وعين الرضا من كل عيب كليله ولكن عين السخط تبدى المساونا

وربما يفسر الشخص حركة أو لفته من آخر لا يحبه على أنها حركة طائشة غير مهذبة، وقد يسمع فى نبرات صوته ويرى فى تعبيرات وجهة علامات الحقد والكراهية، وحتى إذا ابتسم اعتقد أن ابتسامته تشير إلى السخرية، والرجل فى حقيقة الأمر برئ من كل هذه التفسيرات. والأم المحبه لابنتها المتزوجة قد ترى عيوب الزوج ولا ترى عيوب ابنتها وذلك عندما ينشب خلاف بينهما.

ويقول "أحمد عزت راجح" (١٩٧٧) فى حالات الانفعال يشوه الإدراك وتزداد ميوعته، فالمنفعل يرى من عيوب خصمه مالا يراه فى حالة هدونه، والزوج الذى يشعر بانفعال الغيرة يؤول كل حدث برئ تأويلا فاسداً.

ويشير "هيدر" (١٩٥٨) إلى تجربة قام فيها فريقان من الأطفال بتقديم عرض من التمرينات الرياضية أمام جمهور من زملائهم، وقد كانت إحدى المجموعتين مكونة من الأطفال المكروهين من بقية زملائهم، أما الأخرى فكانت

مكونة من الأطفال المحبوبين منهم، وقد درب أفراد المجموعة المحبوبة على أن يخطئوا عن قصد أثناء قيامهم بعرضهم، كما درب أفراد المجموعة المكروهة على أداء العرض بدون أخطاء، وبعد انتهاء عرض المجموعتين اكتشف الباحث أن جمهور المشاهدين قد أدركوا المجموعة المكروهة على أنها هي التي ارتكبت الأخطاء، فالخطأ كما يبدو يحتمل إدراكه في المكروهين أكثر من إدراكه في المحبوبين.

ونلاحظ أنه حتى في الحالات الانفعالية البسيطة تؤثر الانفعالات المختلفة وما يصحبها من مشاعر على إدراك الإنسان لغيره من الناس، فالشخص الذى لا يثق في الآخرين ويشعر بالنبذ الاجتماعي من قبلهم إذا ما ذهب إلى حفلة مثلا وتحدث إليه عشرة أشخاص - تسعة منهم بطريقة سرته والعاشر بطريقة لم تعجبه- فإنه يلاحظ الأخير ويهمل ما عداه. والمعلم الذى يقف لأول مرة أمام التلاميذ قد يدفعه الوجل أو الخوف إلى أن يدرك في وجوه التلاميذ علامات السخرية والاستهزاء فيزداد انفعاله وارتباكه وهكذا.

وقد عرضنا كيف يرى بعض الباحثين أن الحالات الوجدانية الشديدة - وما يرتبط بها من تغيرات فسيولوجية - يمكن أن تساهم في تكوين الأوهام المرضية.

(٣) التحيز الناتج عن التغيرات الفسيولوجية:

لنفرض أنك تحاول تهدئة زميل لك غاضب من آخر لأن هذا الزميل قد أساء فهمه وذلك في يوم شديد الحرارة، وقد تبين لك أن الأول مثلا مجهد ولم يتناول طعامه منذ فترة، فقد تحاول إقناعه بالراحة والهدوء وتناول طعامه قبل مناقشة الأمر بينكم، وتوضح له أن ما يشعر به من ضيق إنما يرجع إلى التعب والجوع والحرارة وذلك لكي تقلل من دافعه نحو الشجار مع خصمه، فالتعب أو الجوع أو شدة الحرارة عوامل تؤثر علينا عضويا وإدراكنا بأنها ساهمت في إثارتنا أو ضيقنا في موقف اجتماعي ما قد يترتب عنه أن نقلل إلى حد ما من حدة غضبنا الموجه نحو الآخرين في ذلك الموقف.

وقد حاول "ستانلى" "سكاكتر" StanleySkacter و "جيروم" "سنجر" Jerome Singer عام (١٩٦٢) بحث أثر التغيرات العضوية على تفسيرنا لسلوك

الآخرين وعلى انفعالاتنا بصفة عامة، واختبرا في دراستهما عدة فروض منـــها: أن التغيرات الفسيولوجية تؤثر على تفسيرنا لسلوك الآخريـــن، وأن تفسـيرنا لسـلوك الآخرين يختلف في حالة وعينا بهذه التغيرات عنه في حالة عدم وعينا بها.

بدأ المجربان تجربتهما بأن أخبرا أفراد العينة كذبا أن الغرض منـــها هـو دراسة تأثير بعض الفيتامينات على الإبصار، وقالا للأفراد تبعا لذلك أنهم سـيحقنون بهذه الفيتامينات ولكنه في الحقيقة تم حقن بعض أفراد العينة بجرعـــة مـن مـادة الإبينفرين epinephrine التي تحدث إثارة فسيولوجية في جسم الإنســان كازديـاد ضربات القلب واحمرار الوجه بسبب تأثيرها على الجهاز العصبي الذاتـــي، وهـذه الآثار تشبه إلى حد ما التغيرات الفسيولوجية التي يحدثها انفعال الغضب في جســم الإنسان.

وقد أخبر الباحثان نصف الأفراد الذين حقنوا بـــالأبينفرين بحقيقـة إثـارة الجانبية، أي بأنهم مثلاً سوف يشعرون بازدياد في سرعة ضربات القلب وبســخونة الوجه وغير ذلك، بينما لم يتم إخبار النصف الآخر من الأفراد الذين حقنوا بشئ ما، وعلى هذا فعندما حان الوقت لحدوث الآثار الجانبية عند المجموعتيـــن اللتيـن تـم حقنهما بالأبينفرين كانت المجموعة التي أخبرت بإثارة الجانبيـــة تعـزو التغـيرات الجسمية التي شعرت بها إليه، أما المجموعة التي لم تخبر بشئ فلم تكن تعرف شـيئا ما عن سبب ما تحس به من تغيرات جسمية أو عما تعانيه من إثارة انفعالية غـــير واضحة المعالم.

وكان هناك فردا يجلس مع المختبرين باعتبار أنه واحد منهم وهو في حقيقة الأمر شريك للباحثان أو القائمان بالتجربة، وقد تناول حقنه ليست لها آثـــار جانبيـــة بالمرة، وقد تم إخبار الأفراد أن عليهم الانتظار نصف ساعة قبل أن تبدأ الدراســـة التي سوف تجرى عليهم عن الإبصار، والمطلوب منهم قبل أن تبدأ هذه الدراسـة أن يجيبوا عن استبيان في أثناء مدة انتظارهم هذه، ولكن شريك المجربان الـــذى كـان يجلس بينهم بدأ يظهر استياءه من طبيعة الأسئلة الموجودة في الاستبيان، ثم مـــزق الاستبيان مظهرا أنه غاضب واندفع خارجا من الحجرة، هـــذا وقـد تـم تسـجيل تصرفات الأفراد داخل الحجرة بدقة دون أن يعلموا ذلك، وكان الغرض الأساســـي

من تصرفات شريك المجريان هذه هو لفت أنظار الأفراد كي يغضبوا أو يعبروا عن غضبهم اقتداءا به.

وقد اتضح من نتائج الدراسة أن الأفراد الذين حقنوا بالأبينفرين ولم يخبروا بشئ ما عن التغيرات أو الآثار الجانبية له وبالتالي لا يعرفون سببا لما يشعرون به من تغيرات عضوية وانفعال كانوا أكثر تأثرا من غيرهم بسلوك شريك المجرب واقتداء به، فقد انفجروا غضبا ومزقوا استبياناتهم، وكأنهم قد وجدوا في الموقف الذي يجابهونه ومكوناته تفسيرا لما يشعرون به من انفعال، أي أنهم قد اتخذوا من تصرفات شريك المجرب مؤشرات توضح لهم سبب ما يشعرون به من تغيرات عضوية تعبر عن انفعالهم ، كما لو كان كل فرد منهم مثلا يقول لنفسه "طالما أن هذا الشخص غاضب من الاستبيان فلابد أني غاضب منه كذلك، إذا فهذه الأسئلة هي التي سببت ما أشعر به الآن.

أما المجموعة الأخرى من الأفراد الذين حقنوا بالابينفرين وأخبروا بآثاره الفسيولوجية فلم يغضبوا وكانوا يتميزون بالهدوء لأنهم كانوا يعلمون أن التغيرات العضوية التي قد أحسوا بها إنما ترجع إلى مسبب آخر غير الاستبيان[١].

وهكذا قد يعزوا بعض مرضى النفس ما يحسون به من تغيرات فسيولوجية إلى أحداث البيئة التي تواجههم ويشعرون بالغضب أو القلق أو الخوف من هذه الأحداث البيئية أو من الأشخاص الموجودين فيها تبعا للتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضون لها. أو يبالغون في تقدير أهمية هذه الأحداث وفق انفعالاتهم السلبية وما يصحبها من تغيرات فسيولوجية.

(٤) التحيز الدافعي motivational bias

قد يستطيع الإنسان العادي وزن معظم العوامل المتضمنة في موقف ما بطريقة معقولة ودون تحيز لكي يتوصل إلى تفسير مناسب للسلوك، فإذا ما حصل للشخص الملاحظ لسلوك ما على المعلومات المناسبة عن هذا السلوك فهو يمكنه

---

[١] كانت هناك مجموعة ثالثة تم حقنها بمحلول ليست له آثار فسيولوجية ولم تخبر بشئ، وتميزت أيضا بالهدوء.

تنظيمها وربطها بطريقة منطقية. ولكن هل يحدث هذا في كل الأحوال؟ والواقع أن هذا غير متيسر في بعض الأحيان وبخاصة في حالات المشكلات المعقدة، وبالإضافة إلى ذلك فنحن نعرف من الدراسات الخاصة بعمليات التذكر والظواهر المعرفية المرتبطة بها أن المعلومات لا تنتظم بطريقة تتساوى فيها كل وحدة صغرى منها مع الأخرى دائما من حيث أهميتها في ذاكرة الإنسان.

ومما لا شك فيه أن عمليات التجهيز في الذاكرة والتصنيف إلى فئات والاستدعاء عند الشخص العادي قد تلعب دوراً في إحداث انحرافات أو تغيرات عن الصورة المثالية التي يتبعها العلماء للتوصل إلى تعليل صادق للسلوك، فبعض أو كل من هذه المراحل قد لا يتم كما ينبغي عند كل شخص، وعلاوة على ذلك فالناس لا يفكرون دائما بطريقة منطقية في كل الحالات، فربما يتحيزون أو يغيرون أو يشوهون المعلومات في عالمهم الاجتماعي بتأثير دوافعهم ورغباتهم، وهنا تظهر الأخطاء في عمليات تفسير السلوك بسبب الظنون والأهواء[1].

وقد تحدث بعضا من هذه الأخطاء بصورة واضحة عندما يمس السلوك أو نتائجه مصلحة الشخص الملاحظ له أو يتعلق برغباته، فنحن قد نعتبر أحياناً أن الفاعل شخص طيب حسن النوايا كلما وافق سلوكه أهواءنا ورغباتنا، وأنه شرير سئ النوايا إن كانت تصرفاته تتعارض مع مصالحنا وتصطدم مع رغباتنا، فقد يعتبر الطلاب مثلا أن الأستاذ الذي تتسم امتحاناته بالصعوبة شخصية عنيدة عدوانية، لأن هذه الصعوبة يترتب عنها انخفاض درجاتهم أو رسوب نسبة كبيرة منهم وهي آثار سلبية بالنسبة لهم، بينما قد يرون أن الأستاذ الذي تتسم امتحاناته بالسهولة شخصية طيبة حسنة النوايا، كما تبين أيضا من الدراسات أن تقييم مجموعة من الأشخاص لزميل لهم يفشل في عمل مشترك معهم – تؤثر نتائجه على المجموعة – يكون أسوأ من تقييمهم لهذا الزميل في حالة ما إذا كان فشله هذا في عمل فردي تؤثر نتائجه عليه فقط.

---

[1] أشار القرآن الكريم إلى تأثير الهوى على الإنسان، وما يؤدي إليه من الانحراف بتفكيره عن اتجاهه السليم، فيضل سبيله ويعجز عن التمييز بين الحق والباطل وبين الهدى والضلال. قال تعالى: "أفمن زين له سوء عمله فرآه حسنا" الآية ٨ من سورة فاطر.

كما أن التحيز الدافعي قد يظهر أيضا في تفسير المرء لسلوكه ذاته، فقد تبين أن الناس يميلون إلى عزو النجاح لأنفسهم بينما كثيرا ما يلومون غيرهم عن فشلهم أو يرجعونه إلى عوامل خارجية ليست متضمنة في شخصياتهم، وقد لاحظ "كيلى" (١٩٧١) أن رجال الأعمال يرجعون مكاسبهم من العمل خلال فترات التضخم المالي إلى ذكائهم ومهاراتهم وغير ذلك من عوامل شخصية، متجاهلين إلى حد ما بذلك الظروف الاقتصادية المتمثلة في هذا التضخم والتي ساعدتهم على الثراء، كما وجد "كيلى" أيضا أن كثيرا من رجال الأعمال يلومون الظروف الاقتصادية الصعبة عندما تتناقص أرباحهم، وهكذا يمكن أن يتجاهل الفرد بعض المعلومات المتضمنة في الموقف في تفسيره له حماية لتقديره لذاته.

٥ – التحيز الدفاعي في تفسير الحوادث: defensive bias

وهناك أيضا تحيز دفاعي هام يحدث في تفسيرنا للحوادث أيضا فقد اكتشف الباحثون أن هناك تشويه وأخطاء تتم في إدراكنا لأسباب الحوادث ذات النتائج الخطيرة كحالات الدمار الطبيعي والأمراض الفتاكة والجريمة، ويهدف هذا التشويه إلى جعل مثل هذه النكبات (وبخاصة تلك التي تحدث بطريقة عشوائية) تبدو معقولة ومنطقية في أسبابها، فعندما أجرى استطلاع عن رأى سكان مدينة بوستن "الأمريكية بشأن حريق مدمر قتل فيه ٥٠٠ شخص أقروا مسئولية جماعات معينة عن إشعال هذا الحريق مع أن التحريات الدقيقة أثبتت أنه قد تم بمحض الصدفة. ويقرر "برجر Burger " (١٩٨١) وجود حالات مماثلة لعزو حوادث اصطدام الطائرات وتحطمها إلى أشخاص أو جماعات معينة بالرغم من حدوثها بمحض الصدفة.

وقد تبين "لوالستر Walster" (١٩٦٦) أن سائق السيارة الذى تعرض لحادث ما يعتبره الناس أكثر مسئولية عن الحادث كلما ازدادت الخسائر المترتبة عن الحادث، وذلك حتى بالرغم من تعرضه للإصابة، وكان مما عرضته هذه الباحثة على أفراد العينة قصة شخص أوقف سيارته على ناحية من طريق مخصصة لوقوف السيارات، وكان هذا الطريق يتصف بالانحدار الشديد لأنه كان في مدينة تكثر بها المرتفعات، وبعد أن ثبت هذا الشخص سيارته كالمعتاد تركها، ولكن حدث عطب تلقائي (غير متوقع) في فرامل اليد المثبتة بواسطتها السيارة مما

أدى إلى سيرها مندفعة لأسفل حيث أصابت بعض المارة ثم اصطدمت بشجرة وترتب عن ذلك تحطم أجزاء منها.

وقد قسمت "والستر" أفراد العينة في دراستها إلى عدة مجموعات، أعطت كل مجموعة منها معلومات عن حجم الخسارة التي نجمت عن هذا الحادث، ولاحظت والستر أنه كلما كان حجم الخسارة كبيرا كان الأفراد أكثر ميلا إلى اعتبار السائق أكثر مسئولية واستحقاقاً للوم عن الحادث، ولم يوجه أفراد العينة لوما بالمرة إلى السائق عندما أخبروا بأن حجم الخسائر كان طفيفاً، وقرر المفحوصون في هذه الحالة أن الحادث قد وقع بمحض الصدفة وأنه غير مسئول عنه.

لماذا إذا لا يستحق الفاعل اللوم عندما لا تكون هناك خسائر في السيارة أو في الآخرين أو تكون الخسائر طفيفة، ويعتبر مسئولا ويستحق اللوم عندما تتعرض السيارة للتلف والآخرون للإصابة أو الموت؟ مع أن السبب المباشر واحد في الحالتين وهو: تدحرج السيارة واندفاعها من أعلى الطريق إلى أسفله دون سائق. فلماذا إذا لا يعتبر الفاعل هنا مهملا في فحص الفرامل وإصلاحها في الحالة الأولى ويوصف بالإهمال في الحالة الثانية؟ وباختصار يتضح أن هناك تباين أو اختلاف في حكم الأفراد على السائق في الحالتين مما يشير إلى أن هذا الحكم غير منطقي، ويرى الباحثون أن في هذا الخطأ نوع من التفسير الدفاعي، أي ينتج بقصد لا شعوري للدفاع عن الذات.

فعندما تكون الخسائر المترتبة عن الحادث جسيمة نخاف أو نخشى من أن يقع لنا مثل هذا الحادث وبخاصة إن كنا نمتلك سيارات، وإعفاء السائق من المسئولية في تفسيرنا لأسباب الحادث يضطرنا إلى أن نعزو السبب إلى عوامل فوق سيطرة البشر كلنا عرضة لها وهي العوامل البيئية أو على الأصح القضاء والقدر أو المصير، وهي أمور حتمية لا سيطرة للسائق عليها، لذا نلجأ إلى تعليلات زائفة أو متحيزة تشعرنا بأننا بعيدين عن الخطر، لذا نحمل السائق المسئولية ونصفه بأنه شخص يختلف عنا اختلافاً جذريا ونصفه بالإهمال واللامبالاة وعدم الاكتراث وغير ذلك من صفات شاذة، وفي هذا إنكار لا شعوري لإمكانية حدوث هذه العواقب الأليمة لنا.

وقد تم التوصل إلى نتائج مشابهة فى حوادث الحرائق وإصابات الآخرين التى تقع بمحض الصدفة، فكلما ازدادت الخسائر والإصابات والقتل الخطأ ازدادت تبعاً لذلك الرغبة فى عزو المسئولية إلى الأشخاص وصب اللوم عليهم وذلك بدلا من الاقتناع بحدوثها قضاءاً وقدراً وأن الإنسان عرضة لمثل هذه الأمور فى أى زمان أو مكان.

وقد تبين كذلك أنه حتى آباء الأطفال الذين تعرضوا إلى أمراض أدت إلى وفاتهم كانوا يلومون أنفسهم بسبب ما حدث لأطفالهم كى يقنعوا أنفسهم بأن أطفالهم الآخرين بمنأى عن تعرضهم لمثل هذا المصير، كما أن الأفراد الذين تعرضوا لحوادث السطو المسلح أقروا بأن إهمالهم فى المحافظة على أنفسهم هو الذى عرضهم لهذه الحوادث، (فكان بعضهم يرى مثلا أنه قد تعرض لهذا السطو لأنه كان يسير فى أماكن أو أوقات غير مناسبة). وذلك لكى يقنعوا أنفسهم بأنهم لو أخذوا حذرهم مستقبلاً فلن يتعرضوا لمثل هذه الحوادث.

وهذه كلها نماذج وميكانيزمات دفاعية لا شعورية يحاول أصحابها أبعاد خطر التعرض لمثل هذه المصائب مستقبلا بقصد تخفيف حدة التأثر النفسى الذى ينشأ عن استمرار شعور الفرد بأنه لا يكن له سيطرة على هذه الأحداث المؤسفة ويمكن أن يواجهها مرة أخرى، والدافع اللاشعورى وراء هذا التعليل المشوه يكمن فى محاولة إقناع الفرد نفسه بأن مثل هذه الأحداث المؤسفة كان من الممكن التحكم فيها.

وعموماً فإن هذه الدراسات والآراء فى تفسير الكوارث والنكبات والحوادث ينتمى أصحابها إلى بيئات أمريكية وأوروبية، والأمر لا يزال فى حاجة إلى دراسات يجريها الباحثون العرب فى بيئاتنا الإسلامية فربما يتوصلون إلى نتائج مختلفة لأن تراثنا الإسلامى يحثنا على الإيمان بالقضاء والقدر وأن كل ما يتعرض له الإنسان مقدر ومكتوب وغير ذلك من قيم سامية وأصيلة.

٦ – التحيز الناتج عن اعتبار الأشخاص مسئولين عن الأحداث:

ويوضح هذا التحيز تعجل الإنسان أحيانا فى حكمه على الأحداث دون تعقل أو تمييز، حيث يعتبر أن الأشخاص هم مصدرها prototype of origins . وقد

أوضح بياجيه Piaget (١٩٣٢) كيف يخلط الطفل فى بداية إدراكه للعالم من حوله بين التزامن فى الحدوث والعليه، حيث قد يفهم أحيانا أن التزامن فى الحدوث هو نوع من العلية، فإذا رغب الطفل مثلا فى شئ ما ثم تصادف وجوده فى نفس اللحظة التى شعر فيها الطفل بهذه الرغبة فإنه يعتقد أن رغبته هى التى تسببت فى وجود هذا الشئ، ويعتبر ذلك أيضا نوع من الإحساس المبالغ فيه بالعلية الشخصية personal causality ، ويعتقد الطفل أن الآخرين يملكون مثل هذه القدرة فمعظم الأحداث – فى رأيه – من صنع الأشخاص لمجرد أنهم يرغبون فيها. ويتعلم الطفل مع مراحل نموه المتعاقبة أن الأحداث لا تنتجها الرغبات وحدها، ولكن يلاحظ أيضا بقاء قدرا من عملية التحيز هذه بنسب متفاوتة عند الراشدين.

وعزو الأحداث إلى شخص ما معين قد يكون أبسط التفسيرات وأكثرها إقناعاً لبعض الأشخاص الذين قد يتعجلون فى أحكامهم.

وهناك عدة أسباب تدفع إلى القول بأن الأشخاص هم مصدر العلل فى الأحداث، منها السهولة النسبية لذلك لنوع من الاستدلال حيث قد تحتاج معرفة الأسباب الحقيقة إلى جهد معرفى، بالإضافة إلى أنها تتطلب ضرورة الإلمام بعدد أكثر من العوامل التى ساعدت على وقوع النتيجة أو الحدث، كما أن الاتجاهات والحاجات الشخصية الفرد قد تشجعه على ذلك التفسير، فعزو الشخص فشله مثلا إلى شخص آخر لا يشكل عذرا يعلل به أسباب ذلك الفشل فقط، وإنما يمكن اعتباره أيضا مبررا لفشله إذا ما حدث فى المستقبل، أى أن هذا التفسير يمنح صاحبه دفاعاً سيكولوجيا ضد تكرار الفشل فى المستقبل – وبنفس الأسلوب فإن نقل اللوم من الذات إلى الآخرين يوجد للشخص مبرراً للاعتداء عليهم حيث يميل الشخص العدوانى أحيانا إلى اتهام الآخرين بسوء النية، وهناك مثال آخر يبدو فى محاولة عزو المسئولية لأشخاص آخرين كوسيلة دفاعية للمحافظة على اتجاهات معينة، فربما يعزو سياسى متطرف عزوف الناس عن آرائه إلى تصرفات خصومه العدائية نحوه بدلا من أن يعزوها إلى آراء الغالبية العظمى من الناس والتى تخالف آراءه تماما.

ومن أمثلة اعتبار الأشخاص هم مصدر الأحداث فى مجال السياسة اتهام الدعاية الصهيونية عام ٢٠٠٢ لرئيس السلطة الوطنية الفلسطينية "ياسر عرفات" أنه

هو المسئول عن تفاقم الأوضاع في الأراضي المحتلة بدلا من عزوها إلى أسبابها الحقيقية وهي المجازر المستمرة التي ترتكبها القوات الصهيونية ضد الفلسطينيين وهدم منازلهم وتشريدهم وحصارهم.

٧ – تحيز التمركز حول الذات: egocentric bias

استخدم عالم النفس "بياجيه" Piaget مصطلح التمركز حول الذات كي يعبر به عن عدة خصائص تميز تفكير الطفل حتى سن السابعة، حيث يرى أن الطفل في هذه السن وما قبلها لا يفكر في الأمور أو الأشياء إلا من حيث علاقتها به، وكأنما ينظر إلى العالم بمنظار مكتوب عليه كلمة "أنا"، كما يعتقد الطفل أن للآخرين وجهة نظر أو رأى يشابه رأيه تماماً، ولهم أيضا نفس ظروفه، وأن أفعاله وآرائه صواب عادة بصرف النظر عن الواقع ومتطلباته، ويتخلص الطفل بعد سن السابعة تدريجيا من تفكير التمركز حول الذات آخذا في اعتباره وجهة نظر الآخرين، إلا أننا في ظروف معينة كالتعب أو الانشغال أو نقص المعلومات قد نلجأ لهذا النوع من التفكير، فقد نتسرع أحياناً ونفسر سلوك غيرنا بطريقة التمركز حول الذات، حيث نتجاهل ظروفه كلية كفاعل معتقدين أنها مشابهة لظروفنا، ويوضح "إشهيزر" Ichheiser (١٩٤٩) مثالا لهذا بـ "ماري أنطوانيت" ملكة فرنسا عندما أخبرها رجالها بأن الناس جياع لأنهم لا يجدون الخبز فدهشت وقالت لماذا لا يأكلون الكعك بدلا منه؟ وكثير من سوء الفهم قد يتلون بمثل هذا التمركز حول الذات حينما نعتقد أحيانا أن الآخرين يشعرون ويفكرون كما نفكر نحن، ويعرف هذا بالتشابه الكاذب assumed similarity ، ويرى بعض الباحثين أن في هذا نوع من الإسقاط، وفي بعض حالات الإسقاط قد لا يرى الشخص من صفات الآخرين إلا ما هو موجود فيه فقط.

وهناك أيضا أنواع أخرى من التحيز منها على سبيل المثال : أحكامنا المقامة على ملاحظات عابرة، وعدم كفاية البيانات الضرورية لتكوين هذه الأحكام، وأخطاء التذكر والاستدلال وكذا الأخطاء الناتجة عن التعصب أو التبسيط أكثر من اللازم oversimplification لتسهيل فهم شخصيات الآخرين.

كما أكد كيلى Kelly (١٩٥٥) كذلك على القصور الموجود فى إدراك الإنسان للآخرين وحكمه على تصرفاتهم فى نظريته المعروفة عن التكوينات الشخصية personal constructs theory ، حيث يوضح فيها أن هذا الإدراك أو الحكم هو عملية ذاتية غير موضوعية كثيرا ما تكون فيها أخطاء تبعا لاختلاف هذه التكوينات من شخص لآخر.

وهكذا كثيرا ما يخطى الإنسان فى آرائه وتقديره للأمور ويتعرض للظنون، وهو فى حاجة مستمرة إلى طلب الهداية من الله مهما أوتى من علم وإيمان وحضارة، **ويقول الحافظ بن كثير: كيف يسأل المؤمن الهداية** فى كل وقت من صلاة وغيرها وهو متصف بها، فهل هذا من باب تحصيل الحاصل أم لا؟ الجواب: لولا احتياج المؤمن ليلا ونهارا إلى سؤال الهداية لما أرشده الله تعالى إلى ذلك، فالعبد مفتقر فى كل ساعة وحالة إلى الله فى هدايته وتبصيره وازدياده منها واستمزاره عليها: قال تعالى: في سورة الفاتحة **(اهدنا الصراط المستقيم)** الآية (٦) فيطلب بهذا من الله فى كل صلاة معرفة طريق الحق، الصراط المستقيم، وهو صراط الذين انعم الله عليهم من النبيين والصديقين والشهداء والصالحين ، غير صراط المغضوب عليهم ولا صراط الضالين.

الباب الرابع

الأوهام المرضية والعنف

الإسلام دين واقعي لا يحلق في أجواء الخيال والمثالية الواهمة، ولكنه يقف مع الإنسان على أرض الحقيقة والواقع، ولا يعامل الناس على أنهم ملائكة ولكن يعاملهم كبشر، وهو يدعوهم إلى سماحة النفس وبشاشة الوجه وطهارة القلب واللسان ولين الجانب والتغاضي عن التشدد والغلو في كل جانب من جوانب التعامل والعلاقات الإنسانية والتسامح . وتصدر هذه الدعوة عن فهم لطبيعة الإنسان كما تكشف عنها النظريات العلمية في علم النفس.

وسوف يتضح لنا من قراءتنا للنظريات المفسرة للعدوان إن الإنسان في حاجة ماسة إلى هداية من الله كي يسيطر على ميوله العدوانية.

الفصل السابع عشر

النظريات المفسرة للعدوان والعنف

أشار القرآن الكريم إلى العدوان أثناء ذكره لقصة آدم وحواء وإغواء الشيطان لهما لإخراجهما من الجنة . قال تعالى **"فأزلهما الشيطان عنها فأخرجهما مما كانا فيه وقلنا اهبطوا بعضكم لبعض عدو ولكم في الأرض مستقر ومتاع إلى حين"** الآية ٣٦ من سورة البقرة. وقال تعالى **"قال اهبطا منها جميعاً بعضكم لبعض عدو فإما يأتينكم مني هدى فمن اتبع هداى فلا يضل ولا يشقى"** الآية ١٢٣ من سورة طه.

وتشير هاتان الآيتان إلى ما يحدث بين الناس من اعتداء بعضهم على بعض. فمنذ القرون الغابرة عاش الإنسان كصائد متجول، واعتمد على العدوان والعنف كي يحصل على طعامه ويوفر الأمن لنفسه، وحتى بعد أن استقر في

الزراعة، فإنه كافح ضد الطبيعة، واستمر يعتمد فى معيشته على القوة والمجاهدة، وبخاصة للمحافظة على أرضه ضد خصومه عندما يكون القوت قليلاً.

وفى فترة ما من فترات تطور البشرية، انبثق عصر التكنولوجيا وأصبح العدوان يشكل فى عصرنا سببا هاما من أسباب أزمات الإنسان ومصائبه، وبالرغم من التقدم العلمى للإنسان وتحرره النسبى من قيود الطبيعة البيولوجية فإنه ما يزال يستخدم ميكانيزمات تكيفيه مستمدة من تاريخه الطويل منذ وجد على سطح الأرض تتضمن نماذجا بدائية من العدوان والعنف والميل إلى المشاعبه، وبينما كانت تلك الميكانيزمات هى الاستجابات الأكثر احتمالا فى ظهورها نتيجة للضغوط الفيزيقية physical stress فإنها تحدث الآن بسبب الضغوط الاقتصادية والثقافية، وبينما استخدم السلوك العدوانى العنيف للمحافظة على بقاء النوع الإنسانى فى أوقات الخطر فإنه الآن يهدد وجوده المستمر. حيث ازدادت قدرة الإنسان على التحطيم والإفساد فى الأرض بسبب تقدمه العلمى والتكنولوجى .

وفى محاولات لفهم تلك القوى الموجودة فى النفس البشرية – والتى تجعل من استخدام الإنسان للأسلحة المتقدمة لتدمير الحياة على الأرض أمرا ممكنا – أقر علماء النفس أن السلوك العدوانى هو أمر حتمى من الصعب فصله عن الطبيعة البشرية أو إزالته منها، ويشير القرآن الكريم إلى هذا فى قوله تعالى: "**وإذ قال ربك للملائكة إنى جاعل فى الأرض خليفة قالوا أتجعل فيها من يفسد فيها ويسفك الدماء ونحن نسبح بحمدك ونقدس لك قال إنى أعلم مالا تعلمون**" الآية ٣٠ من سورة البقرة.

ويقول أحمد عكاشه[١]: "يؤكد كثير من الباحثين أن العنف جزء أساسى فى طبيعة الإنسان، وأنه التعبير الطبيعى لعدة غرائز عدوانية مكبوتة، وأن أى محاولات لكبت عنف الإنسان ستنتهى بالفشل بل أنها تشكل خطر النكوص الاجتماعى، فلا يمكن للمجتمع الإنسانى أن يستمر دون التعبير فى العدوان ... يزيد على ذلك أن العدوان هو القوة الدافعة وراء القدرات الإبداعية والذكاء".

---

[١] أستاذ الطب النفسى بكلية الطب جامعة عين شمس ورئيس الجمعية العالمية فى الطب النفسى (المرجع: علم النفس الفسيولوجى ، الطبعة السادسة، ١٩٨٢، دار المعارف، ص ص ١٩٢-١٩٣).

ويرى باحثون منهم دلجادو Delgado (١٩٦٣) وجيليولا ودانيلز Gilula &Daniels (١٩٦٩) وماركوفتز Marcovitz (١٩٧٤) أن العدوان هو أساس لكل سلوك هادف، إذ يعد الإنسان فى حالات كثيرة لأداء عمل ما معين سواء كان غير مرغوب فيه ويتضمن إيذاءً الآخرين، أو مرغوبا فيه ولا يتضمن الإيذاء للغير، مثل حب الاستطلاع curiosity وسلوك البحث عن الإثارة stimulus seeking behaviour والاستكشاف واستغلال الآخرين exploitation والسيطرة والتزاحم وشغل الأماكن الفارغة.

ويعتبر هؤلاء الباحثون أن السلوك العدوانى بهذا المعنى أمر حتمى، بل يذهب بعضهم إلى أنه من الصعب فصله عن الطبيعة البشرية أو إزالته منها، لذلك فإنه يلزم أن يتحكم الإنسان فى نفسه ويسيطر عليها من أجل أن يعبر عنه تعبيرا يتقبله المجتمع، هذا وتخفيف حدة الأعمال العدوانية التى يرفضها المجتمع يعتمد بدرجة كبيرة على استبدال المخارج الهدامة destructive channels للعدوان بمسالك أو مخارج أخرى بناءه constructive channels تساعد على استغلال الطاقة العدوانية فى أوجه مفيدة فى مجالات الإبداع والعمل والإنتاج.

ويمكن اعتبار العنف هو أحد المخارج الهدامة للتعبير على النزعات العدوانية أو هو نهاية المطاف لسلوك عدوانى مستمر يتضمن استخدام القوة بقصد التحطيم، وتعبر هذه الآراء عن النظرية الغريزية البيولوجية عن العدوان فى علم النفس، وهناك عدة نظريات أخرى تفسر العنف أو العدوان فى شكله التدميرى، ويمكن حصر هذه النظريات فى الآتى:

١ – النظرية الفسيولوجية :

تدل الأبحاث الحديثة على اللوزة فى المخ، والجهاز الطرفى فى السطح الأنسى فى المخ مع التنبيهات الكهربائية لأجزاء من الهيبوثلاموس بعلاقة العنف والعدوان بهذه المراكز فى المخ، وتفيد هذه النظرية وأنه لولا الاعتبار الخلقى لأمكن وضع حوالب مشعة فى هذه المراكز لعلاج السلوك العنيف المرضى. ويجرنا ذلك عن الحديث فى العلاقة بين الصرع والعنف، فمريض الصرع أكثر عرضة لنوبات العنف من الشخص العادى، وأن مرضى الصرع بين القتلة نسبتهم أكثر من المجموع العام، بل أنه وجد أن السلوك العنيف عادة ما يتميز فى هؤلاء

الأشخاص برسم مخ شاذ ولكنه غير نوعى، كما وجد أن أكثر من نصف هؤلاء القتلة يعانون من رسم مخ شاذ وأمراض نفسية وعقلية مما يؤيد الأساس الفسيولوجى للعنف، ويحاول البعض الآن دراسة العلاقة بين العنف واضطراب الصبغيات فى الخلية، كذلك العلاقة بين العنف والهرمونات خاصة الجنسية.

وقد أثبتت الإحصائيات المختلفة أن الخمر يلعب دوراً هاماً فى نشأة العنف، وأن نصف جرائم العنف مصحوبة بشرب الخمر، والمسألة هنا ليست مجرد احتساء الخمر، ولكن شربه فى وقت ومكان غير مناسب، وقد قيل أن الأنا الأعلى قابل للذوبان فى الكحول، وهنا يتجمد النقد الذاتى، ويفقد الفرد القدرة على التحكم فى ذاته، فالخمر والعنف من الوسائل المعروفة التى يلجأ إليها الفرد لحل صراعاته النفسية لأنهما يساعدان على تفريغ التوتر الذى لم يجد طريقة أخرى للتعبير عن شدته.

كذلك وجد أن الأقراص المنبهة للجهاز العصبى مثل الأمفيتامين (تستخدم فى فقد الشهية) تؤدى إلى سلوك عدوانى، وبينما كان الظن سابقاً أن الحشيش يؤدى إلى الهدوء والسكينة والانعزال إلا أنه أحياناً ما نجد ترابطاً بين تدخين الحشيش والقتل خاصة الاغتيال.

٢ – نظرية التعلم الاجتماعى:

هناك فريق آخر من علماء النفس يرى أن مصادر السلوك العدوانى وأنماط التعبير عنه تمتد إلى ممارسات الطفولة الأولى وأشكال التطبيع الاجتماعى المختلفة. ومن أصحاب ذلك الرأى ريتفو والبيرت RitvoAlbert & (١٩٥٨ ودافيز Davis (١٩٤٤). ويرى هؤلاء أن الفرد يتعرض لثقافات فرعية مختلفة تساعده على تعلم السلوك العدوانى، وأن خبرات التعلم الأولى هى التى توجه الطفل نحو السلوك العدوانى أو بعيداً عنه. والأبوين هما المصدر الأساسى لهذا التعلم بالنسبة لأطفالهما الصغار، فقد يكون عند الطفل مثلاً بسبب العوامل البيولوجية مزاج حاد عنيف واستعداد كبير نحو العدوان ومع هذا يتعلم الطفل منهما كيف يضبط سلوكه العدوانى ويوجهه وجهة بناءه، وقد يتعلم منهما أيضا ما هو عكس ذلك عندما يدعمان سلوكه العدوانى، ويتعلم الطفل السلوك العدوانى بالتقليد من أبويه ومن المشاهد التليفزيونية ومن زملائه وأصدقائه مع نموه.

ومن الباحثين من يقول بأن الآباء الذين يعاقبون أبناءهم بعنف هم فى واقع الأمر يعلمون أطفالهم كيف وما هى الظروف التى يمكن فيها للشخص أن يعتدى وكيف يمكنه أن يتلافى الاعتداء، هذا ويلاحظ أن بعض الثقافات الفرعية تعلم الطفل أن يقاتل، حيث تشجع الطبقات الدنيا فى بعض المجتمعات صغارها على العدوان فى مواقف معينة. ، ويمكن ملاحظة الأثر الثقافى أيضا فى عادة الأخذ بالثأر فى بعض مناطق الوجه القبلى فى مصر.

٣ – نظرية الإحباط – العدوان:

فى عام (١٩٣٩) نشر دولارد وزملاؤه .Dollard et al – وهم علماء من جامعة يال Yale – فرضا يفيد أن العدوان هو أحد الآثار الهامة المترتبة عن الإحباط وذلك بالرغم من ظهور ردود فعل أخرى مثل النكوص والانسحاب فى بعض الأحيان، ويعرف هذا بفرض: الإحباط – العدوان – the frustration aggression hypothesis.

يقول دولارد "نحن نفترض أن السلوك العدوانى يسبقه دائما حدوث إحباط عند الفرد والعكس صحيح، بمعنى أن حدوث الإحباط سوف يؤدى إلى سلوك عدوانى، وتساعدنا الملاحظات اليومية على افتراض أنه يمكن إرجاع السلوك العدوانى فى صوره المختلفة إلى أنواع متعددة من الإحباطات، ومن الواضح أنه حيثما حدث إحباط، فهناك سلوك عدوانى فى صوره ما ودرجة ما، وقد يلاحظ بين بعض الأطفال وبعض الكبار أن الإحباط لا يليه سوى تقبل واضح للموقف الإحباطى وإعادة تكيف له، وقد نتساءل عما حدث لما كنا نتوقعه من عدوان، غير أننا ينبغى ألا ننسى أن من الدروس الأولى التى يتعلمها الفرد فى حياته الاجتماعية هى أن يكبح عدوانه، ولا يعنى ذلك اختفاء العدوان، وإنما جميع ما يعنيه هذا هو أن هذه الاستجابات العدوانية قد أرجئت بصورة مؤقتة، أو قنعت، أى أخذت صورة أخرى أو حولت نحو موضوع آخر.

وبعد كف السلوك العدوانى فى المواقف الإحباطية بمثابة إحباط آخر، ويؤدى ذلك إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدوانى ضد مصدر الإحباط الأساسى، وكذلك ضد عوامل الكف التى تحول دونه والسلوك العدوانى، ويؤدى هذا إلى تنوع السلوك العدوانى وتنوع الموضوعات التى يوجه إليها السلوك العدوانى.

ويشبه بعض علماء النفس عمل إبدال العدوان – وتحويله نحو موضوع ما آخر – من أجل تخفيف حدة التوتر الناتج عن الإحباط الشديد بعمل صمام الأمان فى غلاية البخار، فعندما يزداد ضغط البخار من داخل الغلاية، يسرب الصمام البخار الزائد لحماية الغلاية من الانفجار، كذلك الحال بالنسبة للشخص الغاضب المحبط، تضغط عليه انفعالاته من الداخل فيلجأ إلى الإبدال لتسريب بعضها فى سلوك ما، فالطفل المحبط من والده ولا يستطيع التعبير عن غضبه ضده قد يسرب بعضا من هذا الغضب فى الاعتداء على أخيه الأصغر، والموظف المحبط من مديره فى العمل قد يوجه عدوانه نحو زوجته، فيحتد فى نقاشه معها أو يعنف أحد أبناءه، وقد اكتشف ميللر Miller (١٩٤٨) ظاهرة إبدال العدوان عند الحيوان، واستطاع أن يجعل فأرا يبدل عدوانه، فعندما لم يستطع أن يوجه هجومه نحو فأر آخر وجهة نحو دمية أطفال.

وإذا لم يتمكن الشخص من توجيه عدوانيه نحو الخارج extraggression إلى مصدر الإحباط الأصلى أو على شكل إبدال فقد يوجهه نحو الذات أو إلى الداخل intraggression ، ويبدو على شكل لوم النفس أو الندم، أو إيذاء النفس، وهذا ما نلاحظه أحيانا على الطفل الصغير فى حالة غضبه الشديد عندما يضرب نفسه إذا لم يستطيع أن يوجه عدوانه نحو أحد، وقد يصل الأمر عند بعض الأشخاص إلى حد الانتحار فى حالات معينة.

هذا وقد تعددت الدراسات حول هذا الفرض ويرى بعض الباحثين أنه الآن أصبح فى عداد النظريات ومع هذا فقد وجهت إلى هذه النظرية العديد من الانتقادات، منها على سبيل المثال أن كل من مصطلح إحباط أو عدوان هو مفهوم عام غير محدد، فهناك الكثير من المواقف التى يمكن أن تسبب الإحباط عند الفرد فى رأى الباحثين، فبينما يرى دولارد وزملاؤه ١٩٣٩ أنه يحدث عند إعاقة سلوك هادف للفرد يرى روزنزفيج Rosensiweig أنه ينتج أيضا عن مواقف الحرمان أو الافتقاد، ويختلف عنهما أمزيل Amsel (١٩٥٣) الذى توصل إلى أن هناك إحباط ينتج عن التوقف عن الإثابة بعد أن يعتادها الكائن الحى frustrative nonreward ، هذا بالإضافة إلى أن الناس يختلفون فيما يمكن أن يؤدى إلى إحباطهم باختلاف ما سبق أن مروا به من خبرات وما يتوقعونه لأنفسهم من آمال أو مستويات طموح، كما أن العدوان أيضا له أنواع متعددة، فقد يكون مباشرا أو

غير مباشر، والعدوان المباشر قد يكون لفظيا أو بدنيا، كذلك الحال بالنسبة للعدوان غير المباشر الذى ربما يظهر على شكل خلفه أو امتناع عن المساعدة وهكذا. كما بينت الدراسات أيضا أن العدوان لا يظهر بالضرورة أثر الإحباط علاوة على إمكانية ظهور ردود أفعال أخرى للاحباط كالنكوص regression أو التثبيت fixation وغيرهما، كما أن العدوان الناتج عن الإحباط يتوقف ظهوره على عوامل تختلف من شخص لآخر وهى: السمات الشخصية للفرد ، وجنسه وخبراته السابقة وحالته المزاجية وتفسيره للموقف الذى يمكن أن يسبب الاحباط.

نظرية الإحباط – العدوان ومشاعر الاضطهاد والعنف:

ونظرية الإحباط – العدوان هى أساس لما قد سمى بنظرية التحامل على شخص ما بتحميله خطايا غيره أو كبش الفداء الخاصة بالتعصب scapegoat theory of prejudice ، وتفترض هذه النظرية أن العيش فى مجتمع منظم يشكل بالنسبة لبعض الناس خبرة إحباطية ينجم عنها عدوان عائم مطلق يمكن أن يتعلق بأى موضوع free floating aggression ، فحيث أن الشخص قد لا يستطيع أن يوجه عدوانه نحو مصدر الإحباط كالآباء أو الرؤساء مثلا فإنه يبدله نحو آخرين فى شكل تحامل أو تعصب نحو الجماعات الأخرى وبخاصة جماعات الأقلية، وحياتنا فى هذا العصر أصبحت مليئة بالمواقف المحبطة ولم تعد سهلة ميسورة للجميع، ويعتبر التعصب العنصرى من أشد ما يقاسى الإنسان وبخاصة فى عصرنا الذى تنتشر فيه مفاهيم الديمقراطية وحقوق الإنسان والمساواة.

ويقول جونسون Johnson (١٩٧٢) أن نظرية الإحباط – العدوان اليوم هى مجرد وثيقة تاريخية مسلية أكثر من كونها تقريرا نهائيا عن العدوان، ومع ذلك فإن الفكر النظرى المعاصر حول هذا الموضوع يجد جذوره فى هذه النظرية الكلاسيكية، ويرى جازانيجا Gazzaniga (١٩٧٣) وآخرون أن هناك قصورا رئيسيا فى هذه النظرية: وهو أن الناس جميعاً عرضة للإحباط فى وقت ما أو آخر ولكنهم لا يتصرفون بعنف ولا يتعصبون كلهم تعصبا أعمى.

هذا وتشير الدراسات إلى أن هناك متغيرات شخصية معينة هى التى يترتب عنها السلوك العدوانى بسبب الإحباط، ولعل من أبرز هذه المتغيرات الميول البارانويدية وما تتضمنه من شك وشعور بالاضطهاد، فقد وجد مثلا دودج وزملاؤه

Dodge et al. (٨١، ٨٢ ، ١٩٩١) أن الأشخاص الذين يـــردون بعنـف علـى مواقف الإحباط يتسمون بالآتى:

أ – أكثر من غيرهم اتهاما للآخرين بالقصد العدائى hostile intent والشر وسوء النية.

ب) يغلب عليهم الميول البارانويدية التى تتضمن أفكار الشك والاضطهاد .

ج) أكثر من غيرهم شعورا بعدم الأمان.

كما اتضح أن ظروف التنشئة الأسرية التى تتسم فى فترة ما بالتدليل الزائـد وفى فترات أخرى بالإحباط المتكرر والتسلط يمكن أن تساعد على تنميـة الميـول البارانويدية فى مرحلة المراهقة والشباب، وقد تنمى أيضا هـذه التنشـئة الميـول الانسحابية ويصبح الأفراد أقل قدرة على تكوين أحكاما واقعية ودقيقة عن الآخرين، وبالتالى أقل تسامحاً فى مواقف الإحباط عن الأفراد الاجتماعيين الذين يمكنهم تفـهم الناس وتكوين أحكام أكثر واقعية عنهم.

أما فيما يتعلق بالمتغيرات الشخصية فى حالات التعصب فيلاحظ أن تـأثير الإحباط تراكمى، وعادة ما تتسم تنشئة الأفراد المتعصبين بالإحبـاط علـى شـكل عقاب أو قمع مستمر أثناء طفولتهم وبخاصة من الأبوين، والطفل الطبيعى الـذى لا يشب متعصبا هو الذى يلقى تسامحا من أبويه وفرصة للتعبـير عـن نفسـه، أمـا المتعصب فهو الذى يتعرض عادة إلى نظام تربوى أسرى صارم، ربما يحدث هـذا فى محاولة للاتجاه به نحو المثالية وعادة ما لا يجد متنفسا كافيا فـى اللعـب مـع أقرانه من الأطفال، ويتولد عن إحباطه المستمر – أو الاسـتهزاء بـه – شـعوره بالاضطهاد واتجاهه نحو العدوان. ولا يستطيع الطفل أن يوجه عدوانه نحو الأبويـن وإنما نحو من هم أضعف منه أو أقل منه سنا بشرط أن يكون هناك مـبررا لذلـك، ويشب الطفل وتشب معه مشاعر الاضطهاد وقد اعتاد هذا الإبدال للعـدوان، ومـن الفئات التى يبدل نحوها العدوان فى الكبر: الأفراد المنحرفين أو جماعات الأقليـة أو الشواذ أو المجرمين. ويعتبر أدورنو وزملاؤه Adorno.et al (١٩٥٠) أول مـن حاولوا ربط التعصب بنمط معين من الشخصية، وقالوا بأنه – أى التعصب – تعبـير عن عوامل قديمة فى شخصية الفرد ومشاعر اضطهاد تجد منفذا لها فى اتجاهاتـه السياسية والاجتماعية. والشخصية المتعصبة هـى التـى أكـثر عرضـة مـن

الشخصيات الأخرى إلى تقبل الأفكار العرقية والخاصة بكراهية فئـــات أو أقليـات أخرى في مجتمع ما.

كما أن أعراض القهر التي لقيها الطفل في تنشئته لا تنعكـس فقـط علـى اتجاهاته الاجتماعية عند الكبر وإنما تشكل عنده أيضا أسلوبا معرفيا جامدا متصلبـا في حكمه على الآخرين أو الأشياء: فهم في رأيه إما أن يكونوا علـى صـواب أو على خطأ دون أن تكون هناك درجات لهذا الصواب أو الخطـأ ودون أن يعـترف بأن كل شئ يوجد بمقدار .

ومثل هذه الشخصية المتعصبة والتي تعاني من الأوهام الاضطهادية شـبه المرضية عادة ما يظهر لديها عداء مستمرة نحو السلطة أو الرؤسـاء فـي العمـل باعتبارهم يمثلون الأبوين أو يعتبرون رمزا لهما.

هذا وقد وجد الباحثون أن اتجاهات الأبوين في التعصب نحـو جماعـات معينة يمكن أن تنتقل بسهولة إلى الأبناء عن طريق التعلم كما ينتقـل إليـهم أيضـا الشك وأوهام الاضطهاد شبه المرضية.

وقد تتميز الشخصية المتعصبة أيضا بالميل إلى العنف لحل مشكلاتها بـدلا من التروي والصبر، وقديمـا لاحـظ روكيـش Rokeach أن السياسـيين ذوي الشخصيات التسلطية يفضلون الحلول التي تحمل في طابعها العنف وبخاصة عندمـا يتعرضون للضغوط وهم يميلون إلى التصلـب فـي آرائـهم، ويقـول فرانسـيلا Fransella (١٩٨١) أن التصلب هذا قد يكون من صفات بعض رجال السياسة من اليمين المتطرف ويطلق عليهم لفظ ذوي العقول المغلقة close minded .

الفصل الثامن عشر

التعصب العنصرى والأوهام شبه المرضية والعنف

١ – مقدمة:

تفجرت مشكلة النازيين الجدد فى بعض أنحاء أوربا منذ محاولة الاغتيال الفاشلة التى تعرض لها الرئيس الفرنسى "جاك شيراك" فى أثناء الاحتفال بعيد الثورة فى ١٤ يوليو ٢٠٠٢ ، وبات على السياسات الأوروبية أن تراجع نفسها إزاء الجماعات التى خرجت من عباءة اليمين المتطرف مثل: جماعة النازيون الجدد، وجماعة حليقو الرؤوس، وجماعة الوحدة الراديكاليه التى ينتمى إليها الشاب المتهم بمحاولة اغتيال شيراك.

ولعل مما يساعد على تكوين مثل هذه الجماعات وبخاصة عند المراهقين والشباب عدة عوامل: منها غريزة التجمع، ففى التجمع إشباع للكثير من الدوافع الهامة عند أى إنسان مثل الدافع إلى الانتماء والدافع إلى تقدير الذات وحب الولاء[١]، هذا إلى جانب ما هو أهم من غريزة التجمع هذه وهو انتشار الأفكار الغريبة المتطرفة عن التعصب العنصرى، وتتميز هذه الأفكار بالسخط العام على فئة من الناس أو على المجتمع ومعاييره السائدة والإيمان بضرورة تغييرها بل وأحيانا تغيير العالم، وفيها يجد المتعصب مادة أو موضوعا للتنفيس اللاشعورى عن مشاعر الإحباط والاضطهاد التى يعانى منها. (وقد تكون هناك أيضا مشكلات اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية وراء هذا التعصب كالفقر والبطالة لدى بعض الشباب).

وتظهر فى أوربا حاليا جماعة تطلق على نفسها اسم ماكينة تجتذب المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٧ ، ٢٢ عاما ولها طقوس معينة فى الملبس والغناء وتملأ شرائطها الغنائية الساحات فى مدن أوروبا، وهى تدعو

---

[١] أحياناً ما يطلق على المراهقين أنهم متمردون وغير مطيعين، ويبدوا هذا فى اتجاهات المراهق نحو السلطة الضاغطة وبخاصة أولئك الذين يرفض الاعتراف بهم، إلا أنه يكون مطيعا جدا وخانعا ولكن فقط للقيادة التى يتقبلها سواء كانت مراهقا أو شخصا من الكبار.

إلى كراهية الآخر وإبعاده ، ففي إحدى الأغنيات يخاطب المطرب ذوى الأجناس الأخرى غير الأوروبية، ويتوعدها بالقتل لسبب بسيط هو أنه يريد الجنس النقي فقط، وليس خافيا أن هذا الجنس أو النوع المطلوب هو الجنس الأوروبي وليس الأفريقي الأسود أو العربي الشرق أوسطي.

هذا ويحظر رجال السياسة من هذه الجماعة لأنها عدوانية وكارهة للآخر، وتحرص على استعمال كل أساليب العنف من قتل وحرق وإبادة، ومما يزيد الطين بله أن موسيقى وأغاني جماعة ماكينة هذه تسرى بين بعض المراهقين والشباب سريان الماء في العود خصوصاً تلك الأغنية التي تقول: "نحن لا نريد هذا العفن يقصد الأجانب حولنا فلابد من إبعادهم واستئصالهم لأنهم ليسوا من الجنس النقي".

وهكذا نرى أن التعصب العنصري اتجاه نفسي جامد مشحون انفعاليا ضد جماعة ما أو جماعات لا يقوم على سند منطقي أو معرفة كافية أو حقيقة علمية، يجعل الإنسان يرى ما يحب أن يراه فقط، ولا يرى ما لا يحب أن يراه، وكأنه يعمى ويصم ويشوه من إدراك الواقع، وهو يتنافى مع جوهر الأديان السماوية المنزلة من الله وما تدعو إليه من تسامح ومحبة بين الناس.

وتشابه جماعات التعصب العنصري أيضا جماعات التعصب أو التطرف الديني، ويعاني أفرادها من أوهام مرضية موضوعاتها دينية، يغلب عليها مشاعر الاضطهاد، وتدعو إلى القتل تحت ستار الدين، يرى أصحابها أنهم خلقوا لإصلاح العالم أو بلدانهم وتحريرها من الفساد، ويميل بعض أفرادها إلى التنفيذ العملي لهذه الأوهام بالاشتراك في أعمال التخريب والعنف والقتل، وبذا تتنافى تصرفاتهم مع متطلبات الصحة النفسية الخلقية[١]، ويقول عادل صادق[٢] أن هذا التطرف قد يخفي وراءه مرضا كالبارانويا وبخاصة في سن المراهقة أو الشباب، والمشكلة أن هذه النوعية من المرضى لا تبدو عليهم أي أعراض مرضية أخرى ولهذا فمن الصعب على أي إنسان أن يقول بأنهم مرضى، وبعضهم يبدو مقنعا ومؤثرا، وقد يلتف حوله

---

[١] يفيد التعريف الخلقي للصحة النفسية أن يفعل الفرد ما يراه صوابا على أن يكون الصواب في نظره: ألا يسرق ألا يزني، ألا يقتل ، ألا يخرب، ألا يؤذي ، ألا يفعل ما يهدد سير الحياة ونموها.

[٢] أستاذ الطب النفسي ، كلية الطب، جامعة عين شمس.

الناس ويتمكن من نشر أفكاره الغريبة، ولكن هناك أيضا مرضى من بين الملتفين حوله.

فإذا كانت الأديان تدعو إلى المحبة[١] فإن هؤلاء المرضى يحرضون على العدوان والكراهية، ويعتبر العدوان أحيانا أحد مظاهر المرض النفسي في رأى بعض علماء النفس، فهو يعد مثلا عاملا هاما فى تفسير "أدلر" Adler للأمراض النفسية، وكان يرى أنه يظهر فى أشكال متنوعة مثل الميل إلى احتقار الآخرين والاتهام الصريح لهم والاعتداء البدنى.

ونجد أمثلة من المتطرفين المرضى ذوى الأوهام البارانويدية في بعض الجماعات التى تتخذ من الدين الإسلامى ذريعة لهذه الأوهام، فالجماعة الإسلامية فى الجزائر تعتقد أن كل سكان العالم كفره، والجماعة وحدها هى المسلمة إسلاما حقيقيا ويقتل أفرادها المواطنين الأبرياء كخطوة هامة نحو إقامة خلافة إسلامية كبرى وإسقاط الحكومات العربية. ويدعى قادة هذه الجماعات أن المعركة ما زالت مستمرة وأن الجماعات سوف تنتصر فى النهاية، ويتصارع هؤلاء القادة المتطرفون أحيانا على السلطة فى هذه الجماعات[٢].

وفى مقابلة لأحد أفراد هذه الجماعات المتطرفة اتهم بمحاولة اغتيال الكاتب نجيب محفوظ قال: "للأسف المساجد لا يوجد بها خطباء يمكنهم جذب المصلين إليهم وهى تحتاج إلى رعاية كاملة وتدريب كوادر كى تؤدى رسالتها بعكس الجماعات الإسلامية التى جذبتنى إليها، واستطاعت فى فترة وجيزة إقناعى بأفكارها، وأنا قرأت الكثير من الكتب الخاصة بالجماعة وكتاباتها التى تخص عمر عبد الرحمن وعبد الآخر حماد (هارب بالخارج) وناجح إبراهيم وغيرهم. وهدفنا

---

[١] جاء فى المسيحية أن "الله محبة"، وأيضا من وصايا القرآن الكريم فى سورة فصلت **"ولا تستوى الحسنة ولا السيئة إدفع بالتى هى أحسن فإذا الذى بينك وبينه عداوة كأنه ولى حميم"** الآية ٣٤ ، وهى وصية من شأنها أن لا تقف عند حد محبة المحبين بل تتجاوزه إلى ولاية المبغضين، وصداقة حتى الأعداء.

[٢] يقال أنه فى تاريخ الأخوان المسلمين أعمال متعددة لاغتيال بعضهم البعض، ويقول الشاعر: مخطئ من ظن يوما *** أن للموهم دينا . أى أن الذى يوهم الناس بغير الحقيقة ضال مضل مدع لا دين له ولا شرع ولا خلق.

الذى تعلمته هو تحكيم كتاب الله، ولنا أهداف كثيرة ننفذها، وكان من بينها اغتيال الكتاب والشخصيات وضباط الشرطة.

وعندما سُئل كيف تريدون تطبيق شرع الله بالسلاح؟ وهل الإسلام يقر القتل؟ رد قائلا: هذه وسيلة نلجأ إليها لإرهاب كل من يحاول منعنا من أداء رسالة الجماعة التى ننشدها الآن، والغاية تبرر الوسيلة، وسوف نحاسب يوم القيامة على النية، ولا يهم سقوط ضحايا أبرياء عند تحقيق أهدافنا. ولما سئل عن محاولة اغتيال الكاتب نجيب محفوظ؟ أجاب: توجهت ومعى "باسم" زميلى فى الجماعة إلى منزل نجيب محفوظ يوم الخميس لذبحه أمام أسرته، كنت أحمل مطواه ومسدسا أخفيتهما وسط ملابسى، وكان "باسم" يرتدى ملابس خليجية، وهدفنا كان القتل، وحملنا معنا باقه زهور وشيكولاته بحجة تقديمها هدية للكاتب، وصعدنا إلى شقته، ففتحت لنا سيدة "زوجته" وأفهمناها برغبتنا فى مقابلة "الأستاذ" ولكن للأسف لم يكن موجودا، وقالت أنه بالكازينو .. وفى صباح الجمعة التقيت مع أفراد المجموعة الخمسة واتفقنا جميعا على "إن شاء الله نقتله.. وفى العصر علمنا أنه سوف يتوجه إلى الكازينو كعادته .. وعندما جلس فى الكازينو هممت بطعنه فى رقبته بكل قوتى لإنهاء حياته .. ثم هربت .. والتقيت بعد ذلك بباقى أفراد الجماعة، وأخذنا بعض بالأحضان وكانت كلمة مبروك هى شعارنا فى هذا اليوم.

ثم دار الحوار التالى بين أحد المحققين والمتطرف.

- المحقق: لماذا حاولت قتل نجيب محفوظ؟

- المتطرف: كان هناك تكليف شرعى من الجماعة بإباحة دمه (مثل الدكتور فرج فوده) لأنه يهاجم الدين الإسلامى فى روايته "أولا حارتنا".

- المحقق: وهل قرأت هذه الرواية؟

- المتطرف: لا ولكن هكذا كانت الفتوى بالقتل، ونحن ننفذ ما يطلب منا، ولو قدر لى الخروج من هنا والعيش حرا ما ترددت لحظة فى محاولة قتله مرة أخرى.

وقد وصف بعض الكتاب أسامة بن لادن – مدبر الهجمات الانتحارية على نيويورك وواشنطن فى ١١ سبتمبر عام ٢٠٠١ – بأنه كان يعانى من مشاعر الاضطهاد منذ طفولته نتيجة للطريقة الجافة التى كان يعامله بها أفراد أسرته بسبب

والدته السورية، وأنهم كانوا يصفونه بأنه "ابن العبدة" أو الجارية ، ومع نموه وإتمام تعليمه، ونجاحه فى حياته العملية كرجل أعمال كان يعتقد تحت تأثير أوهامه البارانويدية أنه مكلف بواجب دينى ومهمة مقدسة لنصرة الإسلام هى: محاربة الظلم وقتل الكفار والمشركين، وزين له أن هذا يمكن أن يتحقق على أفضل وجه بمهاجمة وتخريب مناطق أهله بالسكان المدنيين، وشاركه فى هذا الاعتقاد "محمد عطا" قائد المجموعة التى يعتقد أنها قادت الطائرات الانتحارية فى ١١ سبتمبر. وكان محمد عطا يعتقد أن معظم سكان العالم من الكفرة، ويصف النظم السياسية فى كل بلدان العالم بأنها نظم جاهلية ومن ثم يجب الجهاد ضدها.

وقد اقتنع أفراد المجموعة الانتحارية بالفتوى التى تبيح قتل المدنيين ومنهم أطفالا وشيوخا ونساءاً، والتى أقرها ودفعهم إلى تنفيذها زعيمهم الروحى: اسامه بن لادن، الذى لم يكن يظهر عليه أى أعراض ولا حتى أوهام مرضية أخرى، بل كانت لديه القدرة على التأثير فى الآخرين بأحاديثه ومحاضراته، وله أتباع يبلغ عددهم ٢٠ ألف مقاتل يعاملونه كأمير لا ترد له كلمة، ولا يظهر اضطرابه إلا إذا ما أثير الموضوع الخاص بوجوب قتال الكفرة أينما كانوا مدنيين أو عسكريين واتباعهم.

وقد ترتب عن هجمات جماعة بن لادن المتطرفة قتل ثلاثة آلاف من المدنيين الأبرياء ومنهم أيضا مسلمين، وكذا تشويه صورة الإسلام، ومزيد من التشريد والقتل لآلاف الفلسطينيين على أيدى الجيش الصهيونى فى فلسطين المحتلة بزعم رئيس الوزراء الإسرائيلى "أيريل شارون" التضامن مع الأمريكيين فى حملتهم ضد الإرهاب والشر والمحافظة على القيم الديمقراطية، وخدم بذلك بن لادن[1] وجماعته المتطرفة – بطريقة غير مباشرة – المصالح الأمريكية والصهيونية فى الهيمنة على ثروات الشرق الأوسط والهجوم على الإسلام، مما دفع بعض المراقبين إلى القول بأن الذى شجعه وجماعته على هذه الهجمات هى

---

[1] هناك من يرى أيضا أن أسامة بن لادن عميل للمخابرات الأمريكية وإسرائيل لأنه أعطى لها ذريعة لأعمال عنف مضادة. ويقول الكاتب أنيس منصور "لا شك أن أمريكا تدين لرجلين من رجالها السابقين هما: صدام حسين وبن لادن. فلولاهما ما استقرت أمريكا فى الخليج وحول بحر قزوين" (الأهرام فى ٢٠٠٢/١٢/٥ العدد ٤٢٣٦٧)

المخابرات الإسرائيلية أو الموساد، بل وهناك من يعتقد بأن هذه الهجمات كانت من تدبير الموساد، وقد يكون محقا فى هذا.

ويرى علماء النفس والاجتماع أن ظواهر التطرف الدينى والعنف موجودة فى معظم مجتمعات العالم وفى جميع الأديان ، ويشابه روثفن Rothfen (٢٠٠٢) فى كتابه غضبه من أجل الله A Fury for God بين التشدد أو الأصولية الإسلامية والأصولية المسيحية بين الأمريكيين البروتستانت والتى تبنت جماعات منها "العنف الدينى" باعتباره غضبة من أجل الله ضد مظاهر الإنحلال والفساد والاجهاض وانتهاك وصايا الرب.

وباستثناء العنف الذى تمارسه الدول والحكومات باسم الدين أو تحت ستاره، وذلك كالمذابح التى تمارسها السلطات الإسرائيلية ضد الشعب الفلسطينى الأعزل، هناك أيضا أعمال عنف فردية عديدة تتم باسم الدين منها عمليات قتل المتطرفون اليهود للفلسطينيين منذ حرب (١٩٤٨)، وقيام الإيرلنديين الكاثوليك بتفجير الشاحنات والحافلات، ووضع اليابانيون من جماعة "هندو - بوذيه هى" بزعامة "أساهارا" غاز الأعصاب فى مترو طوكيو، وقتل اليهودى باروخ جولد شتاين عشرات المسلمين وهم يقيمون الصلاة فى الحرم الإبراهيمى، وفى مثل هذه الحالات وغيرها نقف آزاء عدة حقائق منها:

١ - أن أصحاب هذا العنف يعتقدون أن تصرفاتهم ضرورية وخير أو من أجل الله، لأنهم يقاومون الشر والظلم، وهم مقتنعون بها بل ومصرون عليها أحياناً.

٢ - قد يصحب هذه الاعتقادات تغيرات أساسية فى شخصية الفرد عادة ما تبدو على شكل غرور أو تصلب فى الرأى أو مظاهر التدين الشديد (المصحوب بالعصبية أحيانا). وكراهية تفوق الحد المعقول لمن هم على غير دينة أو قوميته[١].

٣ - غالبا ما يستند اعتقاده على استدلالات غير صحيحة عن الواقع الخارجى، فالآخرون مخطئون آثمون، وأن له واجب مقدس هو إصلاحهم، وعند محاولة

---

[١] كوصف أحد المتطرفين الصهيونيين من حزب شاس الدينى (وزير الصحة) المسلمين الذين يصلون فى الحرم المقدس بأنهم أفاع وعقارب.

إقناعه بخطئ رأيه يتجاهل الحقائق المعارضة لاعتقاده الوهمى ويعطى أهمية لما يؤيد هذا الاعتقاد من أدلة عادة ما تكون غير صحيحة.

٥ – عادة ما يشذ اعتقاده وتصرفاته عن آراء وسلوك أفراد المجتمع الكلى الذى ينتمى إليه المتطرف باستثناء قلة من الشواذ المشابهين له، أى أن هناك أيضا معيار ثقافى أو دينى يقرر وجود هذه الأوهام المرضية لدى هؤلاء المتطرفين.

٢ – الأساطير وعنف الدولة:

الجهاد واجب وطنى مقدس لطرد المحتل وإعادة الحقوق لأصحابها، تقره جميع الشرائع والأديان السماوية كجهاد الشعب المصرى وسائر الشعوب ضد الاحتلال البريطانى وغيره، وجهاد الشعب الفلسطينى ضد الاحتلال الصهيونى.

إلا أن هناك بعض النزعات العنصرية تميل إلى إضفاء صفة القداسة على ادعاءاتها، بقصد التوسع والسيطرة على شعوب أخرى حيث يميل زعماؤها المتطرفون أو الديكتاتوريون إلى تحقيق الشهرة والعظمة لأنفسهم تحت ستار الدين أو الديموقراطية ومقاومة الشر، فقد ادعت مثلا فرنسا فى حروبها الاستعمارية أنها هى "الابنة البكر للكنيسة" وتنفذ مشيئة الرب)Gesta Dei Per Francos(، وادعت ألمانيا فى حكم هتلر أنها فوق الجميع لأن الله معها)Gott mit uns(، وأعلنت إيفا بيرون أن للأرجنتين رسالة مقدسة هى نقل الله إلى العالم، وأيضا فورستر رئيس وزراء جنوب أفريقيا الذى اشتهر بسياسته العنصرية الوحشية المتمثلة فى الفصل العنصرى كان يقول عام ١٩٧٢ "لا تنسوا أننا شعب الله[1] الذى أوكل إلينا تحقيق رسالته". وتشارك النزعة القومية الصهيونية جميع النزعات القومية الأخرى هذا الإحساس بالزهو، كما يبالغ زعماؤها الدينيون فى اعتقاداتهم غير السوية أو ضلالاتهم الدينية religious delusions المحرضة على قتل الفلسطينيين وإبادتهم وطردهم من أرضهم، ونعرض هنا ما يوضح أن مثل هذه الآراء الغريبة أو الضلالات من ابتداع أصحابها ولا تتفق مع ما تدعو إليه الأديان السماوية المنزلة.

---

(١) قال تعالى: "أفرأيت من اتخذ إلهه هواه وأضله الله على علم" الآية ٢٣ من سورة الجاثية.

٣ – أمثلة من الحركة الصهيونية:

هاجر الحاخام إبراهام تيزاك كوك (١٨٦٥-١٩٣٥) إلى فلسطين عام (١٩٠٤) ليصبح حاخاما لمجتمعات المستوطنات الجديدة وهو في شدة الحماس للحركة الصهيونية، إلا أنه تملكه الغضب عندما سمع بأن وفود الحركة إلى الكونجرس الصهيوني في بازل عام (١٨٩٨) قد أصدروا بيانا بأن الصهيونية لا علاقة لها بالدين، ورد قائلا بأن في هذا البيان ضلال ومقت شديدين، وهو سم يفسد الصهيونية. فعودتنا إلى الأرض تعني عودتنا إلى الاله، وذلك لتحقيق الخلاص لنا وللعالم، فخلاص البشرية يتبع خلاص إسرائيل، فهي التي عقد الاله معها ميثاقا لا ينفصم ومهما كانت معصيتها.

وتقول كارين أو مسترونج في كتابها "معارك في سبيل الاله" أن كوك كان يعاني من جنون العظمة ويتحدث وكأنه أحد الأنبياء القدامى، ويعتقد أن الصهيونيون هم أدوات للرب يساعدونه على تحقيق خطته التي يتم تنسيقها في السماء، وهم سوف يحدثون ثورة روحانية في الأرض المقدسة لإنقاذ التاريخ، وهذا سوف يتحقق في حياته، إلا أنه مات عام (١٩٣٥) أي قبل إنشاء دولة إسرائيل بثلاثة عشر عاما.

وكان له أتباع كثيرون منهم الحاخام "توفاليس" الذي كان يقول نقلا عن "كوك" أن روح الإله وروح إسرائيل هما شئ واحد، ويشير الحاخام "فلاديمير جابوتنسكي" إلى أن الشعب اليهودي هو رب نفسه، والأرض أيضا هي ربه" وينتهي من ضلالاته إلى أن إسرائيل شعب مقدس له حقوق مطلقة في أرضه المقدسة يفعل فيها كيف يشاء، فهو شعب حل الاله فيه وفي أرضه، وبهذا يتفق مع كوك الذي يرى أنه شعب اله وأرض اله. والعلاقة بين الأرض والشعب عضوية حتمية بمعنى أن الأرض ستظل خرابا ومهجورة إذا تم فصل الشعب المقدس عن أرضه المقدسة، والشعب سيظل في حالة اغتراب وحزن إذا ظل بعيدا عن الأرض، فالأرض تكتسب الحياة من الشعب، والشعب يكتسب الحياة من خلال الأرض، وهذه الرؤيا تفسر الشعار الصهيوني: أرض بلا شعب لشعب بلا أرض، وفي هذا الشعار تجاهل تام للحقيقة الواقعة وهي أن الأرض يسكنها الفلسطينيون، ويمكن أن ينطوي هذا التجاهل على ما يشبه ضلال الانعدامية nihilistic delusion حينما يعتقد

صاحبه أنه لا توجد أناس فى أرض كانت مكتظة بأصحابها فى الوقت الذى ظهر فيه هذا الشعار.

وكان الحاخام "زفى يهوذا" ابن الحاخام "كوك" يقارب عامه السبعين حينما اكتشفته جماعة "الجاهلت" أو كتلة المؤمنون الصهيونيون[1] يتمتع أيضا بتقدير هذه الجماعة مثل والده. وكان خطيبا بارعا تنطلق منه أحيانا صرخات باكيه أثناء وعظه المعتاد فى مركز هاراف ياشيفا، ، ويصر دائما على أن يشهد الناس استعراض الجيش لأنه مقدس والجنود متدينون مثل طلبة التوراة وأسلحتهم مقدسة مثل شال أو تميمه الصلاة، وتقول "كارين أرمسترونج" أنه خلق ما يمكن تسميته بالوثنية، فكيف يمكن للجيش أن يكون مقدسا حينما يرتكب البشاعات ويبيد السكان العرب الأبرياء، وكانت له نفس اعتقادات أبيه فى أنه إن لم يستوطن اليهود كل أرض إسرائيل فلن يتم الخلاص الذى فيه سلام للعالم أجمع، ومن الواجب الدينى طرد العرب وضم أراضيهم لإسرائيل، وأصبح تلاميذه معظم حاخامات اليوم.

ويقول الحاخام "عوفاديا يوسف" الزعيم الروحى المعاصر وأهم شخصية دينية فى حزب شاس أن المسيح المنتظر قد جاءه فى الحلم وبشره برؤية القدس وكل فلسطين وقد تطهرت تماما من الفلسطينيين العرب الأشرار، بينما ازدحمت باليهود ملايين وراء ملايين بعد أن عادوا من "الدياسبورا" أى من "المهاجر" إلى أرض الميعاد، يتعبدون ويصلون أمام حائط المبكى دون وجود للأغيار الأشرار الذين يثيرون الحروب ويقصد بهم الفلسطينيين.

ويذكر الدكتور عبد الوهاب المسيرى أن هيرتزل كان يتوهم أن له بعض صفات النبوة، ويحكى عن نفسه أن المسيح أتاه فى حلمه وطار به، فالتقيا بموسى عليه السلام الذى قال له لقد صليت من أجل هذا الصبى، كما قال لهيرتزل "اذهب

---

[1] يطلق ايضا على هذه الجماعة اسم الجمرات الوامضة، وكانوا يحلمون بإقامة كيوبيتز (مستعمرة) تتوسطها قاعة كبيرة ينقطع فيها الرجال لدراسة التلمود أثناء الليل والنهار مثل "الحريديم" بحيث يوكل أمر العمل إلى النساء، ويتولين الانفاق عليهم وزرع الأرض، وقد أصبحت الجاهلت مجموعة منتقاه ومنتخبة فى الدوائر الصهيونية المتدينة.



ويقول بعض الكتاب أن التحليل الدقيق للشخصية الجماعية في إسرائيل يجعلنا نقرر أن الهوية اليهودية التى هي في دور التكوين في إسرائيل تختلف في سماتهم بدرجة قليلة أو كبيرة عن الهوية اليهودية السائدة في عدد من التجمعات اليهودية في العالم الغربي، فهي سمات ترتكز على أيديولوجية عنصرية هي الصهيونية وتقوم على عدد من الأوهام والأساطير شجعت على عملية استعمار استيطاني، واستغل القادة العسكريون لتحقيق طموحاتهم، ويرى بعض المحللين النفسيين أن هذه السمات التى يمكن استخلاصها من تحليل التاريخ اليهودى يتعلق بنظرة اليهود إلى أنفسهم باعتبارهم كانوا دائما أقلية مضطهدة، ومن بين هذه السمات: القلق والإحساس بالدونية، والشك، وعدم الثقة في غير اليهود. وقد انتقلت بعض هذه السمات – فيما يرى بعض الباحثين من علماء النفس – إلى المجتمع الإسرائيلي، كما تنتقل أيضا الأوهام المرضية والأساطير المحرضة على القتل والإبادة إلى أفراد هذا المجتمع كمعتقدات دينية مقدسة يجب الالتزام بها، وذلك عن طريق عدد من الوسائل: كالتطبيع الاجتماعي لصغار النشئ، وتعلم السلوك بمقتضى هذه الأوهام عن طريق القدوة والتدعيم الاجتماعي، وتتم هذه الوسائل وغيرها من خلال المسايرة. وتنتشر الأساطير والاعتقادات الشاذة للإضفاء الشرعية على الحروب كما كانت تنتشر قديما الضلالات التى تدعو إلى عبادة الأصنام أو الحيوان أو النار بحجة تأثيرها على حياة الإنسان، وذلك بالمسايرة.

ويعرف الان Allan (١٩٦٥) المسايرة أجرائيا بأنها تغير في سلوك الفرد راجع إلى تأثير الجماعة ينتج عنه ازدياد في التقارب بين سلوك الفرد والجماعة، وفي المسايرة يشبع الفرد كثيرا من الدوافع كالدافع إلى التقبل الاجتماعي والمكانة، كما يتجنب رفض الجماعة له.

وقد يعاني الفرد ما يعرف التنافر المعرفي cognitive dissonance عندما يجد اختلافا بين حكمه الشخصي وحكم الجماعة بشأن موضوع ما، إلا أن هذا الاختلاف كثيرا ما يحل بمسايرة الجماعة في آرائها واتجاهاتها سعيا وراء تقبلها. وقد اتضح أن الضغوط التى تقع على الفرد كي يساير الجماعة عادة ما تكون قوية جدا في حالة وجوده وسط الجماهير المحتشدة التى يشيع فيها الفوضى، لذلك فهو يتصرف بلا وعي كي يساير هذه الجماهير في حالات غضبها أو تعرضها للذعر والهلع. وأقرب أمثلة لدينا ما يحدث أحيانا في بعض مباريات كرة

القدم من عنف غريب عن طبيعة الشخص نظرا لتواجده في هذه المجموعة المتحمسة، فتحت تأثير الجماعة يقل التفكير المنطقي، وتظهر الاندفاعات العدوانية المكبوتة، والعنف يولد العنف، وقد يتحول الفرد الذي من طبعه الهدوء إلى حالة من الهياج والصراخ والتحطيم دون أن يدري ويندهش كثيرا لتصرفاته العنيفة الحمقاء عندما يعود إلى صوابه، لهذا ينصح بالابتعاد الفوري عن مثل هذه الجماعات، وبخاصة وأنه قد يندس بين الحشد أفراد مأجورين أو أعداء من معتادي الشغب، ولهذا السبب أيضا تحاول السلطات المختصة في أي بلد ما تكليف قوات الشرطة بمراقبة التجمعات والحد منها محافظة على الأرواح والممتلكات.

٤- الميكانيزمات النفسية الدفاعية في التعصب الديني:

أقام القرآن الكريم الأدلة على وجود الله تعالى وعلى وحدانيته وقدرته بأسلوب يقنع كل ذي عقل سليم، فوجود الله - عز وجل - **هو الحقيقة العظمى** التي استقرت في كل قلب سليم، وفي كل عقل قويم ونفس سوية.

ولقد قص علينا القرآن في آيات كثيرة، أن المشركين كانوا يعترفون بوجود الخالق - عز وجل - دون جدال منهم في ذلك، وإنما كان جدالهم يدور حول وحدانيته سبحانه، ومن الآيات القرآنية التي صرحت باعترافهم بوجوده - تعالى - قوله سبحانه : "**ولئن سألتهم من خلقهم ليقولن الله فأنى يؤفكون**" (الآية ٨٧ من سورة الزخرف) وفي آية أخرى "**ولئن سألتهم من خلق السماوات والأرض ليقولن خلقهن العزيز العليم**" (الآية ٩ من سورة الزخرف)، وفي آية ثالثة "**ولئن سألتهم من نزل من السماء ماءً فأحيا به الأرض من بعد موتها ليقولن الله**" (الآية ٦٣ من سورة العنكبوت).

إذن فوجود الله تعالى اعترف به المؤمنون واعترف به غير المؤمنين، لأن وجوده - عز وجل - مهيمن على كل فطرة إنسانية سليمة، ومستقر في كل ذات بشرية قويمة، فالإنسان بمقتضى الشعور المغروس في نفسه، يحس ويشعر بأن فوق هذه المخلوقات المحدودة المتناهية خالقا غير محدود ولا متناه، مهيمن على كل شئ ويدير كل شئ، وهو شعور يجده الإنسان في قرارة نفسه دون تعلم ولا تلقين ولا توجيه ولا إرشاد ، وهو شعور يميز الإنسان عن الحيوان.

إلا أن هذا الشعور المغروس فى كيان الإنسان وفى ذاته ووجدانه وعقله قد يخفت أحيانا بسبب البيئة الثقافية أو المرض النفسى.

وفيما يتعلق بالبيئة الثقافية يرى علماء الدين أن الوثنيات والديانات الخرافية والمعتقدات الفاسدة هى علل طارئة، وأمراض منطفلة على التدين البشرى وعلى الفطرة التى فطر الناس عليها وهى عقيدة التوحيد.

ومن متطلبات الإيمان العمل الصالح، بما أمر الله به من فراض والكف عما نهى عنه من محرمات وشبهات كبرت أو صغرت، فالإيمان عقيدة تنعكس عنها تصرفات الإنسان، وينطبع بها سلوكه العملى فى واقع حياته، وهناك آيات قرآنية متعددة تقرن الإيمان بالعمل الصالح. كقوله تعالى: "**وأما الذين آمنوا وعملوا الصالحات فيوفيهم أجورهم والله لا يحب الظالمين**" الآية ٥٧ من سورة آل عمران وقال تعالى "**إن الذين آمنوا وعملوا الصالحات إنا لا نضيع أجر من أحسن عملا**" الآية ٣٠ من سورة الكهف.

أما فى حالة المرض النفسى فهنا يظهر التدين مع العمل غير الصالح كاغتصاب الحقوق والإيذاء والقتل[١] أو التحريض على مثل هذه الأعمال تحت ستار الدين، أو تبريرها بدعوى أنها أعمالا واجبه، وكلها تصرفات تشير إلى إلحاد صاحبها أو إنكاره اللاشعورى لوجود الله، حيث يلجأ مرتكبوها إلى إظهار التدين والتلطف كرد فعل لا شعورى للإلحاد والإجرام، وحيث تكون إدعاءاتهم وأقوالهم فى واد بينما تسير تصرفاتهم الحقيقية فى واد آخر مضاد أو معاكس. وإلى جانب تكوين رد الفعل هناك أيضا ميكانيزم الإسقاط ويبدو فى اتهام الآخرين بالعدوانية والإجرام كوسيلة لإبعاد هذه الصفات عن صاحبها باعتبارها موجودة فى أعدائه وغير موجودة فيه.

ونلاحظ أن المتطرفين الصهيونيين وأتباعهم من أعضاء الحزب اليمنى المتطرف يظهرون التمسك الشديد بالدين وهم فى نفس الوقت كانوا أكثر من غيرهم اتهاما للفلسطينيين بالشر والإجرام حتى قبل إحداث ١١ سبتمبر ٢٠٠١ بالرغم مما

---

[١] ما لم يكن دفاعا عن النفس أو الوطن لطرد قوات الاحتلال وهو جهاد فى سبيل الله، قال تعالى "من قتل نفسا بغير نفس أو فساد فى الأرض فكأنما قتل الناس جميعا" صدق الله العظيم (الآية٣٢ من سورة المائدة).

كان يتعرض له الفلسطينيين من حصار وتجويع وقتل على أيدى القوات الإسرائيلية، ولعل هذا راجع أيضا إلى إيمان هؤلاء المتطرفون بعقائد دينية مشوهة ناتجة عن أوهام دينية مرضية تدعوا إلى القتل وطرد السكان العرب من ديارهم، أما الأديان السماوية المنزلة فهى تدعو إلى الإيمان بوجود الله وإلى المحبة بين الناس والعمل الصالح.

ويقول تايلور وزملاؤه T.aylor et al (١٩٩٨) في دراسة لهم عن الأوهام المرضية والعنف delusion and violence أن الاعتقاد في وجود الله ليس فقط اعتقاد فطرى طبيعى فى الإنسان السوى فى كثير من المجتمعات بل هو أيضا ضرورى لحياة الإنسان النفسية السوية. ويرى هؤلاء الباحثون أن انتشار الأوهام المرضية كى تصبح عقائد أساسية تحض على العنف ويسلك بمقتضاها الأفراد كان معرفا منذ ماكاى Mackay (١٨٦٩) ، والذى أطلق عليها اسم أوهام شائعة popular delusions ، ويقول أنه قد يترتب عنها ما يعرف بـ "جنون الجماهير" madness of the crowds ، وبالرغم من أن أفراد المجتمع أسوياء نفسيا إلا أن هذه الأوهام المرضية التى يؤمن بها – الشعب وقادته كعقائد دينية – قد تدفعه إلى أن يسلك بجنون، وربما كانت مثل هذه العقائد المشوهة عاملا مساعدا قد أدى إلى ازدياد تصعيد النزاعات العرقية فى رواندا والبلقان وغيرهما.

ونجد فى القرآن الكريم العديد من الآيات التى تدعو إلى السلام ونبذ التعصب والعنصرية والعنف[1].

قال تعالى : "يا أيها الناس إنا خلقناكم من ذكر وأنثى وجعلناكم شعوبا وقبائل لتعارفوا إن أكرمكم عند الله أتقاكم إن الله عليم خبير" صدق الله العظيم . الآية ١٣ من سورة الحجرات.

---

[1] قال الإمام الغزالى فى كتابه المنقذ من الضلال: أن السلام فى أسماء الله تعالى معناه: الذى سلمت ذاته عن العيب، وصفاته عن النقص، وأفعاله عن الشر، وليس فى الوجود سلامه إلا وهى منسوبة إليه وصادرة منه.

الفصل التاسع عشر

دراسات عن الأوهام المرضية والعنف

استطاع سوانسن وزملاؤه Swanson et al. (١٩٩٠) التوصل إلى ما يفيد بأن الأفراد الذين يعانون من مرضى الفصام – كما يشخص بواسطة الدليل التشخيصي للأمراض النفسية الطبعة الثالثة للجمعية الأمريكية للطب النفسي DSMII – هم أكثر عرضة بمقدار من ٤-٦ مرات للقيام بأعمال العنف من الأفراد الأسوياء ، كما تشير الدراسات أيضا إلى أن أعمال العنف بين مرضى الذهان الوجدانى affective psychosis أعلى بنسبة الضعف تقريبا عن الأفراد العاديين، وقد تضمن هذا العنف التهجم على الغرباء واستخدام الأسلحة.

وتوصلت أيضا الدراسات التى أجريت على عينات من المجرمين فى مجتمعات بريطانية وأمريكية إلى نتائج مشابهة، كما لوحظ أن نسبة الجرائم عند الفصاميين من الرجال والنساء تزداد عند بداية التعرض للمرض، كما وجدت هودجنز Hodgins (١٩٩٢) فى دراسة لها على عينات اسكندنافيه أن نسبة كبيرة من الأفراد الذين يتعرضون للمرض العقلى ويقبلون للعلاج بمستشفيات الصحة النفسية عادة ما يكونوا قد تورطوا فى ارتكاب جرائم اعتداء من نوع ما قبيل دخولهم هذه المستشفيات.

وقد اتضح أن الذهانيين الذين يعانون من الأوهام المرضية أكثر ارتكابا لجرائم العنف عن الذهانيين الذين لا يعانون من هذه الأوهام، هذا وفى دراستين لبوكر Boker (٧٣، ١٩٨٢) قارن فيها بين مجموعتين من مرضى الذهان يعانى افرادهما من الأوهام المرضية، إحداهما ارتكب أفرادها جرائم قتل والأخرى لم تظهر بين أفرادها أعراض للعنف حيث اتضح له أن الأوهام المرضية التى يعانى منها أفراد المجموعة الأولى – ذوى جرائم القتل – تفوق بكثير الأوهام التى يعانى منها أفراد المجموعة الثانية من حيث قوة الاقتناع بالأوهام وشذوذها وانشغال المريض بها، كما اتضح لبوكر أن ٨٩% من أفراد المجموعة الأولى كانت تعتريهم نوبات الأوهام المرضية خلال قيامهم بعمليات القتل أو محاولاتهم القتل، ووجد بوكر أيضا نتائج مشابهة مع مرضى الذهان الوجدانى.

هذا ومما يؤكد أيضا الارتباط الوثيق بين العنف والأوهام المرضية أن الدراسات أثبتت أن الأشخاص المصابين بأنماط البارانويا المختلفة paranoid subtype سواء كانوا من مرضى الفصام أو من مرضى البارانويا - وهم مرضى يغلب عليهم الأوهام المرضية أو الضلالات - يزداد عندهم العنف وجرائم الاعتداء عن سائر المرضى الذهانيين.

ويرى كثير من الباحثين منهم جيبنز Gibbens (١٩٥٨) وماكنايت وزملاؤه Mcknightet al (١٩٦٦) وبيترسون وجدجونسون Peterssonand Gudjonsson (١٩٨١) أن هناك نسبة تتراوح بين ٢٥% و ٤٠% من الأفراد غير الأسوياء عقليا mentally abnormal الذين ارتكبوا جرائم اعتداء - ليسوا كلهم بالضرورة ذهانيين - وإنما يعانون من الأوهام المرضية النفسية.

وقد قدم ميونرو Munro (١٩٩٩) وصفا لأفراد أسوياء قد يتعرضون أحيانا لأوهام مرضية مؤقتة بسبب اضطرابات الشخصية personality disorder أو تناول جرعات من المواد المخدرة أو لهم أقرباء مصابين بالفصام أو البارانويا أو يكون هؤلاء الأفراد في مرحلة ما قبل التعرض للمرض النفسي premorbid personality patterns ، وهؤلاء الأفراد قد يكونون أكثر من غيرهم من الأسوياء لجوءاً إلى العنف.

كذلك وجد بيترسون وجد جونسون (١٩٨١) أيضا أن نسبة ٧٠% من مرضى الفصام مرتكبي جرائم العنف قد أقدموا على ارتكابها تحت تأثير أوهامهم العقلية المرضية، كإدراكهم لضحاياهم مثلا أنهم أعداء أو خونة، حيث يعتقد المريض مثلا بأن زميله ينوى قتله فيقتله دفاعا عن نفسه، أو بأن زوجته تخونه ويتشكك في سلوكها ويقتلها انتقاما لشرفه، ويرتكب المريض جريمته وهو على ثقة تامة من صدق اعتقاده الوهمي الخاطئ. وهكذا تؤثر الأوهام المرضية على سلوك الفرد، فلكي تؤدى إلى العنف ينبغي أن يكون صاحبها مقتنع بها تمام الاقتناع، هذا بالإضافة إلى أن مضمونها يجب أن يكون محرضا وحافزا له نحو العنف، كالأوهام التي تدفع صاحبها مثلا نحو الشك أو التخوف أو الشعور بالاضطهاد الشديد والرغبة في الانتقام أو الدفاع عن النفس، هذا وقد تراود بعض المرضى أفكارا غريبة ناتجة عن أوهام التأثير المرضية، delusions of influence حيث يعتقد الفرد بأن شخصا ما أو ساحرا يحركه دون أن يدرى نحو القتل والعدوان. ويرى

بعض الباحثين أن هذه الأوهام المرضية الخاصة بالتأثير لا تقل أهمية عن أوهام الغيرة المرضية أو أوهام العظمة أو الاضطهاد فى توجيه الفرد نحو العنف وبخاصة فى بعض المجتمعات النائية تبعا لما يسود فيها من ثقافات غير مألوفة.

نماذج من الحالات:

حالة (أ)

اصطحب (سوفيت) رجال الشرطة إلى قبر صغير بجوار مسكنه .. كان قد قتل زوجته وأكل لحمها ووضع ما تبقى من عظامها فى هذا القبر، كما أجبر أحد أولاده على قتل أخ أصغر له ومزقه إلى قطع ثم أكله، ثم قتل طفله الرضيع ومزقه وعلقه على أحد الأعمدة بمسكنه كي يجفف لحمه مع جثة عمه الذى كان قد ذبحه منذ يومين، وقد شهد جيرانه على هذا، كما اعترف الجانى كذلك بأنه سبق له أن تخلص من حماته التي قرر أن لحمها لم يكن سهل المضغ.

ظهرت هذه الحالة لرجل يعيش ضمن السكان الهنود "الألجونكيانز الشماليين NorthernAlgonkians وهم موجودين فى منطقة فى شمال الولايات المتحدة وجنوب كندا، وهذه الحالة توضح أوهام التأثير المرضية حيث يظهر هناك مرض نفسي يعرفه الأطباء النفسيون هناك باسم ذهانى الويندیجو windigo، وكلمة ويندیجو هذه تشير إلى غول مخيف يبلغ طوله عشرين أو ثلاثين قدما شكله مخيف يعتقد السكان بوجوده هناك، وله قلب من الثلج، عديم الرحمة، يوجد لديه رغبة عارمة فى أكل لحوم البشر وبخاصة فى فصل الشتاء، ويقول السكان بأنه يمكن أن تتملك روح هذا الغول أى شخص هناك فتدفعه إلى أكل لحوم البشر.

حالة (ب):

شاب عمره ٢٦ عاما فى إحدى المدن فى لاوس مصاب بالفصام البارانويدى، كان يرقص فى معبد بمناسبة حفل زواج أسرى مع مجموعة كبيرة من أهله وأقاربه وكان يعتقد بأنهم يكرهونه، وأثناء الحفل أهانه بعض الحاضرين بسبب خروجه عن الطريقة التقليدية المتبعة فى الرقص، فترك الاحتفال غاضبا وعاد ومعه قنبلة يدوية قذفها وسط الحاضرين وقتل منهم ١٦ وجرح ٢٠ ، ولم يحاول الهرب أثر ذلك الحادث بل وقف فى وسطهم قائلا بأعلى صوته أنه غير نادم بالمرة وأنهم يستحقون أكثر من هذا.

الباب الخامس

آراء الباحثين فى مكافحة الأوهام المرضية

يرى بعض الباحثين أن الأوهام المرضية تخضع فى تكوينها ورسوخها عند الفرد لمراحل معينة، وأن تكوين بعض هذه المراحل مشابه إلى حد ما لمراحل عملية تكوين الآراء أو المعتقدات العادية، ولكن آراء الفرد السوى عن الأحداث البيئية من حوله وعن الآخرين كثيرا ما تتعرض للاختبار فى الواقع والتجربة، وهو يحافظ عادة على الإبقاء على ما هو صالح منها واستبعاد ما هو غير صالح، أما الآراء الوهمية المرضية عندما تتعرض للاختبار فى الواقع فى بداية تكوينها فأصحابها عادة ما يفشلون تصحيحها وذلك لعدد من العوامل لعل من أبرزها هو بعد المريض عن الواقع وعدم قدرته على التفاعل السوى مع الآخرين فى بيئته الاجتماعية، وسوف نعرض فى هذا الباب لبعض الوسائل المتبعة فى مقاومة هذه الأوهام والوقاية منها.

الفصل العشرين

الوسائل السيكاترية والنفسية لمقاومة الأوهام المرضية

وفى مقاومة هذه الأوهام يرى التمانز Oltmans (١٩٨٨) أن منع تكوينها فى بداية ظهورها أفضل كثيرا من محاولة تغييرها بعد أن تصبح مزمنة، فاكتشافها المبكر ومحاولة إيقافها بتقديم الأدلة الكافية المقنعة بخطئها أفضل من التدخل العلاجى المتأخر حيث تستتب الأوهام وترسخ لدى المريض.

ومع هذا فقد يتعذر اكتشاف هذه الأوهام عند بعض المرضى أول الأمر أو فى بداية تشخيص الحالة، ويقدم هنريشز Heinrichs (١٩٨٨) الوصف التالى لمثل هذه الحالة:

مريض بالفصام البارانويدى عمره ٢٥ عاما، يقول أبواه أنه كان طفلا طبيعيا، إلا أنه ظهرت عليه أعراض الخجل الشديد وهو فى مرحلة التعليم الثانوى

التى أتمها بتفوق، وفى مرحلة التعليم الجامعى نصحه بعض زملائه بتناول كميات قليلة من الخمر كى يتغلب على خجله، واستجاب لهذه النصيحة، وتمادى فى ذلك وأصبح يشرب كميات كبيرة من الخمر، ولم يقف الأمر عند هذا الحد بل أقبل أيضا على تناول عقار الهلوسة والبانجو والامفيتامينات: ويقول المريض أنه شعر بتغير فى أحاسيسه فى سن ٢١ عقب حادث غرق صديق حميم له اعتاد أن يتناول معه المخدرات، وكان يشعر بالاثم معتقدا أنه هو السبب فى غرق صديقه بالرغم من أنه لم يكن موجودا معه أثناء الحادث، وكون اعتقاده هذا على أساس أنه أغرقه عن بعد بواسطة التخاطر، أى أنه كان يعانى من وهمين هما: وهم الاثم المرضى delusion of sin ووهم التأثر، ثم اعتقد أيضا بعد هذا الحادث أن زملائه فى العمل يتآمرون ضده ويكرهونه، وطرد من عمله بسبب كثرة تحرشه بزملائه وإهماله. ولما ظهر عليه الاضطراب وغرابه التفكير والميل نحو العنف أودعه أهله المستشفى للعلاج، وذلك بعد عامين تقريبا من ظهور هذه الأوهام المرضية عنده، وكان من بين هذه الأوهام أيضا اعتقاده بأن الناس يكرهونه ويريدون أن يحرمونه من حقوقه، وأنه ليس أمامه إلا أن يقتلهم كى يحرر نفسه منهم، وقد ظل محتفظاً بهذه الأوهام ولم يبوح بها لأحد إلى أن اكتشفها الطبيب فى جلسات العلاج النفسى بالمستشفى، الذى قال بأن المريض كان يخفى أوهامه إلى أن تفاقمت حالته فجعل يرددها بعد ذلك مما ترتب عنه أن استغرق علاجه أكثر من أربع سنوات دون أن يظهر عليه التحسن المطلوب.

وكثيرا ما يواجه الإكلينيكيون الإحباط وخيبة الأمل عندما يحاولون مساعدة مرضى النفس الذين يعانون من الأوهام المرضية، ويقرر بعض هؤلاء الإكلينيكيون أن العلاج النفسى قد يخفف من حدة هذه الأوهام ولكنه لا يزيلها نهائيا فى كثير من الأحيان، حيث يظل المريض متمسكا بها وإن كان يصبح أحياناً أقل انشغالا بها عما كان عليه حاله قبل بدء العلاج.

وهناك من المعالجين من ينصح مرضاه بتجنب التحدث عن أوهامه مستخدمين فى هذا أساليب التعلم الإجرائى operant learning لتدريب مرضاهم على ذلك، وربما يصلح هذا العلاج لبعض المرضى ولا يصلح للبعض الآخر، وبخاصة أولئك الذين لا تعالج حالتهم ككل، ولذلك فقد كان هناك من المرضى من يلتزمون بالفعل بعدم التحدث عن أوهامهم المرضية ولكنهم مع الأسف أظهروا

أوهاما مماثلة حول موضوعات أخرى، كما تبين لـــهؤلاء المعـــالجين أن الأوهـــام الشاذة الأصلية تظل أيضا فى تفكير المرضى وإن كانوا لا يعبرون عنها بكلامـــهم، وكثيرا ما كانت توجه تصرفاتهم. وبهذا يمكن القول أن عدم تشجيع المريض علـــى الإفصاح عن أوهامه المرضية قد يؤدى إلى رسوخها فى نفسه حيث تؤثـــر علـــى تصرفاته وتوجهها بالرغم من اختفائها الظاهرى.

ومع هذا فهناك معالجون نفسيون يرون أن أعراض الأمـــراض النفســية - ومنها الأوهام المرضية - تعبر عن صراعات وعيوب نفسية داخلية، لذلـــك فإنـــه يجب أن تنصب أهداف العلاج على المرض النفسى ككل وليس على عرض واحـــد معين كالأوهام المرضية، ويقول ميونرو Munro (١٩٩٩) " أنه لم يحاول عـــلاج وهم مرضى مستقلاً عن المرض الذى ينتمى إليه هذا الوهم وذلك بالرغم من كـــثرة ما كتب عن إمكانية علاج الأوهام المرضية أو تعديلها عن طريـــق وســـائل مثـل: أسلوب العلاج السلوكى المعرفى، ويقول هذا العالم أيضا أنه قـــد شـــاع اســـتخدام النيورولبتك neuroleptic لعلاج بعض حالات الذهان الوظيفى المصحوبة بالأوهام المرضية، إلا أن هذا يجب أن يخضع لتشخيص الطبيب للحالة الذى ربما يضيف أو يفضل استخدام علاجا آخر، وفى كل الحالات يلزم الإشراف الطبـــى المتخصـــص على العلاج - ومن هذه الحالات: البارافرينيا paraphrenia ، الفصام البـارانويدى paranoid schizophrenia ، أنواع الفصام الأخـــرى other schizophrenias والاضطرابات الوجدانية المصحوبة بأوهام مرضيـــة mood disorders with delusions والأعـــراض الخاصـــة بأوهـــام ســـوء التعـــرف delusional misidentification syndromes .

وقد قدم ميونرو (١٩٨٢) الأدلة عن إمكانية العلاج الدوائى لبعض حـــالات الأوهام الجسمية المرضية، إلا أن هناك حالات بارانويدية كثيرة فشـلت فـــى هـــذا العلاج لعدة أسباب منها: صعوبة التعرف على بعض المرضى بسبب عدم ظـــهور أعراض مرضية أخرى عليهم تستوجب إيداعهم بالمستشفى، وحتى فى حالة ظـــهور أعراض مرضية على بعض المرضى فمن الصعب إقناعهم بالتوجه إلـــى العـــلاج، كما أنهم قد لا يواظبون عليه، وهذه ظاهرة قد تكون موجـــودة عنـــد الكثـــير مـــن مرضى الذهان الوظيفى.

هذا وتوجد مدرستان للتعامل مع مرضى الأوهام المرضيـة فيمـا يتعلـق بالعلاج النفسي: إحداهما توصي بالمحاولات المباشـرة والفوريـة لتصحيـح هـذه الأوهام، بينما تقترح الأخرى تجنب المواجهة المباشرة مع المريض وتؤكـد علـى أهمية إقامة علاقة ودية بينه وبين المعالج النفسي الذى عليـه أن يحـاول تشـجيع الآراء التي لا تتضمن أوهاما مرضية في جلسات العلاج النفسي.

وقد اقترح ماهر Maher (١٩٧٤) بعد دراسته للأوهام المرضية لمرضى الفصام واعتبارها ناتجة عن أفكار تعبر عن أحاسيس شاذة يعـاني منـها هـؤلاء المرضى – إن استخدام العلاج الدوائي تحت الإشراف الطبي لتغيير هذه الأحاسيس قد يساعد على الاستفادة من أساليب العلاج النفسي المعرفي والسلوكي للإقلال مـن قوة الأوهام المرضية، ومن هذه الأساليب استراتيجيات التدعيم الإيجـابي والسـلبي الخاصة بتعديل السلوك، حيث قد تفيد المريض في مثل هـذه الحـالات اسـتكمالا للعلاج الطبي، وهي تتضمن وسائل تدعيم متنوعة مثل: الانتباه للمريـض المتكلـم عندما يتطرف إلى حديث آخر غير أوهامه المرضية، وإبـداء الاسـتجابة اللفظيـة التشجيعية المناسبة لذلك، واستخدام أساليب التدعيم المحسوس كالنقود والطعام، هـذا ومن الأفضل كذلك أن تعي الأسرة هذه الأساليب وتـدرب علـى اسـتخدامها مـع المريض.

ومن الأساليب المساعدة للتخلص من الأوهام المرضية إلى جانب العـلاج الأساسي هو العلاج بالعمل، والعمل قد يوفر أيضا الوقاية من الأوهام المرضية لأنه كثيرا ما ينتشل الفرد من عالم الانطواء والاستغراق في خيالاتـه[1]. فـهو يخـرج المريض بعيداً عن نفسه بمساعدته على الاتصال بالعالم الخارجي، كما يوجه طاقتـه الجسمية والنفسية إلى مجالات منتجة بدلا من أن يوجهها المريـض نحـو العنـف والعدوان.

هذا ويخصص للعلاج بالعمل في بعض المستشفيات الحديثة قسـم خـاص يقسم إلى أقسام فرعية أو ورش مختلفة، ويكون قسم العلاج بالعمل الخاص بالرجـال عادة منفصلا عن القسم الخاص بالنساء، ويمكن أن يقوم بعض المرضى بالعمل فـي

---

[1] يحض الإسلام على العمل.

عنابر المستشفى وقاعاتها العادية. وحتى المرضى الذين لا يستطيعون مبارحة السرير لأسباب جسمية أو عقلية يمكن أن يشغل وقت فراغهم بالعمل فى أماكنهم.

وينبغى أن يكون بدء العمل سهلا بسيطاً مشوقا، حتى يلمس المريض إنتاجه وتفوقه، مما يزيد حماسه للاستمرار والمثابرة، ثم يزداد العمل صعوبة وتعقدا حسب استجابة المريض وتقدمه.

ويقوم الأخصائى النفسى بالاشتراك مع أخصائى العلاج بالعمل بتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته فى ضوء معرفة شخصية المريض وميوله وسنه وصحته العامة ونوع مرضه والطور الذى يمر به هذا المرض، وبحيث يشتمل أيضا على عناصر الترويح والتسلية.

وإلى جانب الوسائل السابقة يوجد أيضا الإرشاد الجماعى، وهو إرشاد عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم النفسية فى جماعات، وله أساليب متعددة منها السيكودراما psychodrama – أى تمثيل المشكلات النفسية – وأسلوب المناقشات الجماعية بقصد محاولة تغيير سلوك المرضى واتجاهاتهم أو المحاضرات، وكان الاعتقاد السائد من ثلاثين عاما أن الإرشاد الجماعى يفتقر إلى الأساس العلمى وأنه عديم الفائدة وسطحى إلا أنه قد تبين أنه من أهم المناهج العلاجية لما للجماعة من قوى إرشادية هائلة تؤثر على الفرد، فكما تنتشر أحيانا المعتقدات غير المعقولة عن التعصب والعنصرية والكراهية وبخاصة لدى صغار النشئ فى بعض المجتمعات بتأثير الولاء للجماعة ومالها من جاذبية بالرغم من فساد هذه المعتقدات، أو أقدام المراهقين على تعاطى المخدرات بفعل القوى السيكلوجية للجماعة المنحرفة، كذلك يمكن أن تساعد الجماعة العلاجية عندما تدعم بالمتخصصين فى الإرشاد النفسى فى تصحيح بعض الأفكار الخاطئة التى يعانى منها المرضى قبل أن تصل إلى مرحلة الأوهام المرضية الحقيقية.

وتكمن قوة الجماعة فى توجيه الفرد فى أن الإنسان كائن اجتماعى لديه حاجات نفسية اجتماعية لا يستطيع إشباعها إلا من خلال الجماعة مثل: الحاجة إلى الأمن والنجاح والتقدير والمكانة والشعور بالانتماء والإحساس بالمسئولية والحب والمحبة والمسايرة وتجنب اللم وغير ذلك، كما أن التفاعل الاجتماعى فى جلسات الإرشاد النفسى قد يساعد على تغلب بعض مرضى الأوهام على ما يعانونه من

عزله ويمكنهم من اكتساب مهارات اجتماعية تساعدهم على التوافق النفسي والاجتماعي.

هذا وتتفق جميع مدارس العلاج النفسي على أن القلق هو سبب نفسي أساسي في نشوء المرضى النفسي، وهو يؤدى إلى الأوهام المرضية الخاصة بتوقع الشر والخطر، وتمدنا دراستنا لتاريخ الأديان ، وبخاصة تاريخ الدين الإسلامي، بأدلة على نجاح الإيمان بالله فى شفاء النفس من أمراضها وتحقيق الشعور بالأمن والطمأنينة، والوقاية من الشعور بالقلق وما قد ينشأ عنه من أمراض نفسية. ومما يجدر ملاحظته أن العلاج يتدخل عادة بعد حدوث الإصابة بالمرض النفسي، أما الإيمان بالله إذا ما بث فى نفس الإنسان منذ الصغر، فإنه يكسبه مناعة ووقاية من الإصابة بالأمراض النفسية. وقد وصف القرآن ما يحدثه الإيمان من أمن وطمأنينة فى نفس المؤمن بقوله:

"**الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون**" الآية ٨٢ من سورة الأنعام ، "**الذين ءامنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب**" الآية ٢٨ من سورة الرعد ، "**ما أصاب من مصيبة إلا بإذن الله ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شئ عليم**" الآية ١١ من سورة التغابن.

وتتحقق للمؤمن سكينة النفس وأمنها وطمأنينتها لأن إيمانه الصادق بالله يمده بالأمل والرجاء فى عون الله ورعايته وحمايته. إن المؤمن دائم التوجه إلى الله تعالى في عبادته وفى كل ما يقوم به من أعمال ابتغاء مرضاته سبحانه وتعالى، ولذلك فهو يشعر أن الله تعالى معه دائماً، وهو فى عونه دائما. وإن شعور المؤمن بأن الله تعالى فى عونه كفيل بأن يبث فى نفسه الشعور بالأمن والطمأنينة.

إن المؤمن بالله إيماناً صادقا لا يخاف من شئ فى هذه الحياة الدنيا، فهو يعلم أنه لا يمكن أن يصيبه شر أو أذى إلا بمشيئة الله تعالى، ولا يمكن لأى إنسان أو لأية قوة أخرى فى هذه الحياة أن تلحق به ضرراً أو تمنع عنه خيراً إلا بمشيئة الله تعالى. ولذلك فالمؤمن الصادق الإيمان إنسان لا يمكن أن يتملكه الخوف أو القلق بل هو يتوكل على الله ويسلم وجهه له.

"**بلى من أسلم وجهه لله وهو محسن فله أجره عند ربه ولا خوف عليهم ولاهم يحزنون**" الآية ١١٢ من سورة البقرة.

والإسلام معناه إخلاص الدين والعقيدة لله الرحمن الرحيم، ولقد سئل رسـول الله صلى الله عليه وسلم عن الإسلام ما هو؟ فقال: أن يسلم وجـهك لله وأن يسـلم المسلمون من لسانك ويدك، وإسلام الوجه لله هو التوحيـد، توحيـد الله بالربوبيـة وبالخلق، وبالإيجاد وبالإعطاء وبالمنع: وصلاة المؤمن إنما هى انفصال عن كل مـا سوى الله من أجل الاتصال به، وفيها توحيد لله ومن هنا كـان بدؤهـا "الله أكـبر" لتشعر الإنسان من المبدأ أن الله أكبر وأعظم وأهم من كل ما فى العالم من أشـياء.. ثم تتوالى فى جميع الأوضاع فى الصلاة من قراءة وركوع وسجود وتشـهد لتعلـن بكل حركة الانفصال عما سوى الله من أجل الاتجاه إليه وحده وإسلام القلب والوجـه إليه سبحانه وحمده وعبادته والاستعانة به وطلب الهداية منه، ومن يهده الله فما لـه من مضل.

تم بحمد الله وتوفيقه

المراجع

أولا: المراجع العربية

١. أحمد عزت راجح: (١٩٦٣) أصول علم النفس، القاهرة، الدار القومية للطباعة والنشر.

٢. أحمد عبد العزيز سلامه، عبد السلام عبد الغفار. (١٩٧٢)، علم النفس الاجتماعى، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣. حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى، القاهرة، عالم الكتب

٤. عادل صادق: (١٩٩٦). فى العيادة النفسية، القاهرة، دار أخبار اليوم.

٥. عمر شاهين، يحى الرخاوى: (١٩٧٧). مبادئ الأمراض النفسية، القاهرة، مكتبة النصر الحديثة.

٦. عبد الحليم محمود : (١٩٧١). المنقذ من الضلال لحجة الإسلام الغزالى، القاهرة، دار الكتب الحديثة.

٧. كارين أرمسترونج: (١٩٩٧). معارك فى سبيل الاله، ترجمة فاطمة نصر ومحمد غنانى.

٨. روجيه جارودى: (١٩٩٨). الأساطير المؤسسة للسياسة الإسرائيلية، القاهرة، دار الشروق.

٩. محمد بيصار: (١٩٧٢) العقيدة والأخلاق وأثرهما فى حياة الفرد والمجتمع، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٥ .

ثانيا: المراجع الأجنبية

10. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.

11. Adorno, T.W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D.J., & Sanford, R.N., The Authoritarian Personality New York: Harper, 1950, 319-355.

12. Alloy, L.B., Peterson, C., Abramson, I.Y., & Seligman, M.E.P. (1984). Journal of Personality and Social Psychology, 46, 681-687.

13. Alloy, L.B. and Tabachnik, N. (1984). Assessment of covariation by humans and animals: the joint influence of prior expectations and current situational information. Psychological Review, 91, 112-149.

14. Arthur, A.Z. Theories and explanations of delusions: A review. American Journal of Psychiatry, 1964, 121, 105.

15. Bannister, D. (1963). The genesis of schizophrenic thought disorder: A serial invalidation hypothesis. British Journal of Psychiatry.. 109, 680-686.

16. Bannister, D., & Salmon, P. (1966). Schizophrenic thaught disorder: specific or diffuse? British Journal of Medical Psychology, 39, 215-219.

17. Bentall, P. Kinderman, P. and Haney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal bliefs: Towards a model of persecutory delusions, Behav. Res. Ther. Vol. 32. No. 3, pp. 334-341.

18. Bentall, R.P. and Kinderman, P. (1998). Psychological processes and delusional beliefs: Implications for the treatment of paranoid states. In. T. Wykes, N. Tarrier and S. Lewis (Eds), Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia, pp. 119-144. Chichester: Wiley.

19. Bentall, R.P., Kinderman, P. and Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. Behaviour Research and Therapy, 32, 331-341.

20. Bentall, R. P. and Young, H.F. (1996). Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects. British Journal of Psychiatry, 168, 372-375.

21. Berkowitz, L. (1993). A cognitive neo-associationist perspective on aggression. In: Wyer, R.S. and Srull, T. (Eds) Advances in Social Cognition, Vol. 6, Erlbaum, New Jersey.

22. Berrios, G.E. (1982). Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 45: 285-293.

23. Bhanji, S. and Mahony, J.D.H. (1978). The value of a psychiatric service within the venereal disease clinic. Br. J. Vener Dis. 54: 266-268.

24. Bleuler, E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press, 1950.

25. Bishop, E.R. (1980). Monosymptomatic hypochondriasis. Psychosomatics 21: 731-747.

26. Bower, G.H. (1991). Mood congriuty of social judgment's. in: Forgas, J.P. Ed.) Emotian and Social Judgments, Pergamon Press, Oxford.

27. Brewin, C.R. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation. Psychological Bulletin, 982, 297-309.

28. Bukstel, L. H. and Kilman, P.R. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals, Psychological Bulletin, 88, 469-493.

29. Cameron, N. Perceptual organization and behavior pathology. In Blake. R.R. & Ramsay, G.V. (Eds.) perception: An approach to personality. New York: Ronal Press, 1951.

30. Cameron, N. The paranoid pseudo-community. In Rose, A.M. (Ed.), Mental health and mental disorder. New York: W.W. Norton & Co. 1955.

31. Cameron, The paranoid pseudo-community revisited. American Journal of Sociology, 1959, 65, 52-58.

32. Candido, C.L. & Romney, D.M. (1990). Attributional style in paranoid vs depressed patients. british Journal of Medical Psychology 63. 355-363.

33. Carlson, G., and Goodwin, F.K. the stages of mania: A longitudinal analysis of the manic eposide. Archives of General Psychiatry, 1973, 28, 221-228.

34. Carpenter, W.T., Strauss, J.S., and Bartko, J.J. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. Schizophrenia Bulletin, 1974, 2, 37-49.

35. Chapman, L.J., & Chapman, J. P. Atmosphere effect revisited. Journal of Experimental Psychology, 1959, 58, 220-226.

36. Chapman, L.J. & chapman, J. P. (1988). The genesis of delusions. In T.E. Oltmanns & B.A. Maher (Eds), Delusional beliefs, pp. 167-183, New York: Wiley.

37. Clore, G.L., Schwartz, N. & Conway, M. (1993). Affective causes and consequences of social information processing'. In: Wyer, R.S. and srull, T.K. (Eds). Handbook of Social Cognition, 2nd edn, Erlbaum, New Jersey.

38. Davids, A. 'Some Personality and Intellectual correlates of Intolerance of Ambiguity, 'Journal of Abnormal Social psychology, 1955, 51, 415-419.

39. Davidson, M. and Mukherjee, S. (1982). Progression of olfactory reference syndrome to mania: a case report. Am. J. Psychiat. 139: 1623-1624.

40. Dean J. T., Nelson, E. and Moss, L. (1992). Pathologic hair-pulling: a review of the literature and case reports. Comprehens. Psychiat. 33: 84-91.

41. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised (DSMIIIR) (1987). Washington, DC American Psychiatric Association.

42. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th edn (DSMIV) (1994). Washington: American Psychiatric Association.

43. Dollard, J. et al. (1939). Frustration and Aggression, New Haven, Yale University Press.

44. Dudley, R. E. J. John, C.H., Young, A.W. and Over, D.E. (1997a). Normal and abnormal reasoning in people with delusions, British Journal of Clinical psychology, 36, 243-258.

45. Forgas, J. P. (1994a). The role of emotion in social judgments: An introductory review and an affect infusion

model (AIM). European Journal of Social Psychology, 24, 1-24.

46. Frijda, N. (1988). The laws of emotion. American Psychologist, 43, 349-358.

47. Garety, P. (1985). Delusions: Problems in definition and measurement. British Journal of Medical Psychology 58: 25-34.

48. Garety, P. (1990). Reasoning, rationality and delusion: Studies in the concepts, characteristics and rationality of delusions. Unpublished Ph. D. manuscript, University of London.

49. Garty, P. A., and D.R. Hemsley, (1987). Characteristics of delusional experience. Eutopean Archive of Psychiatry and Neurological Sciences 236: 294-98.

50. Garety, P.A. and Freeman D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. British Journal of clinical Psychology, 38, 113-154.

51. Fransella, F. Personality: Theory, Measurment and Research. (1981) Methuen London.

52. Gazzaniga, M. S. (1973). Fundamentals of Psychology: An Introduction. New York, 572, 574.

53. Goldstein, R.L. (1987a). Litigious paranoids and the legal system: the role of the forensic psychiatrist. J. Forens. Sci. JFSCA 32: 1009-115.

54. Goldstein, R.L. (1995). Paranoids in the legal system: the litigious paranoid and the paranoid criminal. Psychiat. Clin. N. Am. 18: 303-315.

55. Gibbens, T.C.N. (1958). Sane and insane homicide, Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science 49: 110-15.

56. Golin, S., Sweeney, P.D., Shaeffer, D.E. (1981). The causality of causal attributions in depression. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 90, 14-22.

57. Harrow, M., F. Rattenbury, and F. Stoll. (1988). Schizophrenic delusions: An analysis of their persistence, of related premorbid ideas, and of three major dimensions. In T.F. Oltmanns and B.A. Maher, eds., Delusional beliefs. New York: Wiley.

58. Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Archives of General Psychiatry 49: 476-83.

59. Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York, Wiley.

60. Hemsley, D.R. (1987). An experimental psychological model for schizophrenia. In. H. Hafner, W.F. Gattaz & W. Janzarik (Eds), Search for the causes of schizophrenia, pp. 179-188, Heidelberg; Springer.

61. Hemsley, D.R. and Garety, P.A. (1986). Formation and maintenance of delusions: A Bayesian analysis. British Journal of Psychiatry, 149, 51-56.

62. Hiroto, D.S. and Seligman, M.E.P. (1975). Generality of learned helplessness in man. Journal of Personality and Social Psychology, 31, 311-327.

63. Iwu, C.O. and Akpata, O (1989). Delusional halitosis: review of the literature and analysis of 32 cases. Br. Dent. J. 167: 294-296.

64. Jaspers, K. (1913/1963). General psychopathology (trans. J. Hoenig and M. Hamilton). Manchester: Manchester University Press.

65. Johnson, R.N. (1972). Aggression in Man and Animals. New York: John wiley and sons.

66. Kaney S., & Bentall, R.P. (1992), Persecutory delusions and the self serving bias, Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 773-780.

67. Kinderman, P & Bentall, R.P. (1996a) Self-discrepancies and persecutory delusions; Evidence for a model of paranoid ideation Journal of Abnormal Psychology 105, 106-113.

68. Kraepelin, E. (1921). Manic-depressive Insanity and Paranoia. Transl R.M. Barclay (1976). New York: Arno Press.

69. Mackay, C. (1869). Memoirs of extraordinary popular delusions and the madness of crowds. London: George Routledge and Sons.

70. Maher, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. Journal of Individual Psychology, 30, 98-113.

71. Maher, B.A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. In T.F. Oltmanns & B.A. Maher (Eds), Delusional beliefs, pp, 15, 33. New York: Wiley.

72. Maher, B.A. (1992): Delusions, Contemporary etiological hypotheses. Psychiatric Annals, 22, 260-268.

73. Maier, S.F., Seligman, M.E.P. & Solomon, R.L. (1969). Pavolvian fear conditioning and learned helplessness: Effects of escape and avoidance behavior of a Punishment and aversive behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

74. Marcovitz, E. (1973). 'Aggression in Human Adaptation Psychoanalytic Quarterly, Vol. 42 (2), 223-233.

75. Mcknight, C.K. J.W. Mohr, R.E. Quinsey, and J. Erochko, 1966. Mental illness and homicide. Canadian Psychiatric Association Journal 1: 91-98.

76. Metalsky, G.I. Abramson, L. Y., seligman, M.E.P. Semmel, A. & Peterson, C. (1982). Attributional styles and life events in the classroom. Vulnerability and in-vulnerability to depressive mood reactions. Journal of personality and Social Psychology, 43, 612-617.

77. Milton, F., Patwa, V.K., & Hafner, R.J. (1978). Confrontation versus belief modification in persistently deluded patients. british Journal of Medical Psychology, 51, 127-130.

78. Mowat, R.R. (1966). Morbid Jealousy and Murder. London: Tavistock Publications.

79. Mowrer, O.H. & Viek, P. (1948). An experimental analogue of fear from a sense of helplessness. Journal of Abnormal and Social psychology, 43, 193-200.

80. Mullen, P. (1979). Phenomenology of disordered mental function. In P. Hill, R. Murray and G. Thorley (Eds), Essentials of post-graduate psychiatry, pp. 22-54. London: Academic Press.

81. Munro, A. (1982). Paranoia revisited. Br. J. Psychiat. 141: 344-349.

82. Munro, A. (1982). Delusional Hypochondriasis. Clarke Institute of Psychiatry Monograph Series No. 5. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry.

83. Munro A. (1984). Excellent response of pathological jealousy to pimozide. Canadian Medical Association Journal, 131 (8), 852-853.

84. Munro, A. (1999). Dellusional Disorder, Paranoia and related illnesses. Cambridge University Press.

85. Myers, P.L. (1988). Paranoid pseudocommunity beliefs in a sect milieu. Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol. 23: 252-255.

86. Nisbett, R.E. and Ross, L. (1980). Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

87. Nisbett, R. E., & Valins, S. Perceiving the causes of one's own behavior. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H.E. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.), Attributions: Perceiving the causes of behavior. Morristown, N.J. General Learning Press, 1972.

88. Oltmanns, T.F. (1988). Approaches to the definition and study of delusions. In T.F.

89. Oltmanns and B.A. Maher, eds., Delusional beliefs, New York: J. Wiley and Sons.

90. Olltmanns, T.F., & Maher, B.A. (Eds). Delusional beliefs. New York: Wiley.

91. Padfield P. (1995). Hess: the Führer's Disciple. London: MacMillan.

92. Petersson, H., and G.H. Gudjonsson, (1981). Psychiatric aspects of homicide. Acta psychiatrica Scandinavica 64: 363-72.

93. Reavis, D.J. (1995). Ashes of Waco: An Investigation. New York: Simon and Shuster.

94. Richter, C.P. (1958). The phenomenom of unexplained sudden death in animals and man. In. W.H. Gant (Ed.), physiological basis of psychiatry. Springfield, III.: Charles C. thomas.

95. Robins, R. W, et al. (1996). The actorobserver effect Revisited, Journal of Personality and Social psychology, 71, No. 2, 375-389.

96. Roth, M. (1955). The natural history of mental disorder in old age. Journal of Mental Science, 101, 281-301.

97. Roth, M. (1976). The psychiatric disorders of later life. Psychiatric Annals, 6, 57-101.

98. Sacks, M.H. W.T. Carpenter, and J.S. Strauss. (1974). Recovery from delusions Archives of General Psychiatry 30: 117-20.

99. Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On Depression, Developments and Death. Sanfransisco, Freeman.

100. Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. Journal of Experimental Psychology, 74, 1-9.

101. Shepherd, M. (1961). Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric syndrome. J. Ment. Sci. 107: 687-753.

102. Stalström, O.W. (1980). Querulous paranoia: diagnosis and dissent. Aust. N. Z. J. Psychiat. 14: 145-150.

103. Swanson, D.W. Bohnert, P.J. and Smith, J.A. (1970). The Paranoid Boston: Little Brown and Co.

104. Swanson, J. W., C. E. Holzer, V.K. Ganju, and R. T. Jono (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Hospital and Community Psychiatry 41: 761-70.

105. Tardiff, K., and A. Sweillam. (1980). Assault, suicide and mental illness. Archives of General Psychiatry 37: 164-69.

106. Taylor, P.J. (1982). Schizophrenia and violence. In J. Gunn and D. P. Farrington, eds., Abnormal offenders, delinquency and the criminal justice system. Chichester: John Wiley and Sons.

107. ———— (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. British Journal of Psychiatry 147: 491-498.

108. ———— (1993). Schizophrenia and crime: Distinctive patterns in association. In S. Hodgins, ed., Crime and mental disorder, 63-85. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

109. Von Domarus, E. The specific laws of logic in schizophrenia. In J. Kasanin (Ed), Language and thought in schizophrenia Berkeley, California: University of California Press. 1944.

110. Weiner (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. Journal of Educational Psychology, 75, 530-543.

111. Winokur, G. (1977). Delusional disorder (paranoia). Comprehensive Psychiatry, 18 (6), 511-520.

112. Winters, K.C., & Neale, J.M. (1983). Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. Clinical Psychology, 3, 227-253.